



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Estilos de afrontamiento e ideación suicida en
adolescentes de la UGEL Santa Chimbote**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con
mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Susana Consuelo ROGGERO REBAZA

ASESOR

Manuel Rodimiro CAMPOS ROLDÁN

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Roggero, S. (2017). *Estilos de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes de la UGEL Santa Chimbote*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375—Ciudad Universitaria—Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 14:30 horas del día miércoles 28 de junio de 2017, en el Auditorio de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Nicolás Medina Curi e integrado por:

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Dr. Nicolás Medina Curi | (Presidente) |
| Dr. Manuel Campos Roldán | (Asesor) |
| Mg. Carlos Velásquez Centeno | (Miembro) |
| Dr. Carlos Arenas Iparraguirre | (Informante) |
| Dra. Gloria Díaz Acosta | (Informante) |

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud de la Bachiller **SUSANA CONSUELO ROGGERO REBAZA**, quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Estilos de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes de la Ugel Santa-Chimbote**, con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

17 (DIECISIETE) MUY BUENO

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

MAGISTER EN PSICOLOGIA CON MENCIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA

Y DE LA SALUD

Se extiende la presente ACTA a las 4:35 del 28 de junio de 2017.

N. Medina Curi

Dr. Nicolás Medina Curi
Presidente

Dr. Manuel Campos Roldán
Asesor

Mg. Carlos Velásquez Centeno
Miembro

Dr. Carlos Arenas Iparraguirre
Informante

Dra. Gloria Díaz Acosta
Informante

DEDICATORIA

*Dedico esta investigación a mis padres y familia,
porque han sido los pilares de mi formación profesional, apoyándome y creyendo
cada uno de mis proyectos*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi asesor el Dr. Manuel Campos Roldán por su invaluable apoyo en la consecución de este logro.

Agradezco al Dr. Víctor Candela Ayllon por compartir mi sueño y motivar la obtención de esta meta.

Agradezco a la Dra. Lupe García Ampudia por constituirse en el modelo profesional a seguir y por creer siempre en mis capacidades.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----------|
| DEDICATORIA | 2 |
| AGRADECIMIENTO | 3 |
| ÍNDICE GENERAL | 4 |
| RESUMEN | 7 |
| REVIEW | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 15 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 16 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 19 |
| 1.2.1 Problema General | 19 |
| 1.2.2 Problemas Específicos | 20 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 20 |
| 1.4 OBJETIVOS | 22 |
| 1.4.1. Objetivo General | 22 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos | 22 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 23 |
| 2 .1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN | 24 |
| 2.1.1 A nivel internacional | 24 |
| 2.1.2 A nivel Nacional | 28 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS DEL ESTUDIO | 31 |
| 2.2.1. Afrontamiento al estrés | 31 |
| 2.2.2. Ideación suicida | 41 |
| 2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS | 48 |
| 2.3.1 Hipótesis General | 48 |
| 2.3.2 Hipótesis Específicas | 49 |
| 2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y CONCEPTOS | 49 |
| 2.4.1 Definición de Conceptos | 49 |
| 2.4.2 Definición operacional | 50 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGIA | 51 |
| 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 52 |

| | |
|--|------------|
| 3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION | 52 |
| 3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO | 52 |
| 3.4 TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA | 52 |
| 3.5 INSTRUMENTOS | 54 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 64 |
| 4.1. ANÁLISIS DE DATOS | 65 |
| 4.2. RESULTADOS | 66 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN | 81 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 92 |
| CONCLUSIONES | 93 |
| RECOMENDACIONES | 95 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 97 |
| ANEXOS | 112 |
| ESCALAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS) | 112 |
| CUESTIONARIO-IBS | 119 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Relación entre los estilos de afrontamiento enfocado en la solución del problema y la ideación suicida | 68 |
| Tabla 2: Relación entre los estilos de afrontamiento enfocado en la relación con los demás y la ideación suicida. | 69 |
| Tabla 3: Relación entre los estilos de afrontamiento improductivos y la ideación suicida. | 70 |
| Tabla 4: Relación entre el estilo de afrontamiento enfocado a resolver el problema y las dimensiones de Ideación suicida | 71 |
| Tabla 5: Relación entre el estilo de afrontamiento enfocado en relación a los demás y las dimensiones de Ideación suicida | 72 |
| Tabla 6: Relación entre el estilo de afrontamiento improductivo y las dimensiones de Ideación suicida | 73 |
| Tabla 7: Estilo de afrontamiento enfocado a resolver el problema según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico). | 74 |
| Tabla 8: Estilo de afrontamiento enfocado a resolver el problema según Relación con padres, amigos y pareja. | 75 |
| Tabla 9: Estilo de afrontamiento enfocado en los demás según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico). | 76 |
| Tabla 10: Estilo de afrontamiento enfocado en los demás según Relación con padres, amigos y pareja. | 77 |
| Tabla 11: Estilo de afrontamiento improductivo según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico). | 78 |
| Tabla 12: Estilo de afrontamiento improductivo según Relación con padres, amigos y pareja. | 79 |
| Tabla 13: Ideación suicida según variables sociodemográficas (edad, sexo). | 80 |
| Tabla 14: Ideación suicida según Relación con padres, amigos y pareja. | 81 |

RESUMEN

El estudio se centró en determinar la relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida, en adolescentes de educación secundaria que pertenecen a la UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local) Santa, Chimbote. Se llevó a cabo bajo el enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, comparativo, correlacional, con diseño no experimental, de corte transversal. Los participantes fueron 523 adolescentes que cursan de primero a quinto año de secundaria a quienes se les aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1993 b) y la Escala de Ideación Suicida hecha por Beck (1979). Entre los principales resultados se tiene que la relación evaluada es significativa ($p=0.000$) entre el estilo de afrontamiento centrado en el problema y la ideación suicida, con los resultados de la d de Somer (-0.276) que indica que dicha relación es significativa ($p=0.000$), inversa a nivel medio; o existe relación significativa entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en relación con los demás y los niveles de ideación suicida. ($p=0.129$); y finalmente, la relación es significativa entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo y los niveles de ideación suicida, la prueba d de Somer (0.455) es significativa ($p=0.000$), directa en un nivel medio débil. El estudio concluye señalando que los adolescentes que prefieren el estilo de afrontamiento centrado en el problema tienden a no presentar ideaciones suicidas, comparados con los que prefieren modos de estilos improductivos de afrontar el problema, puesto que este grupo de adolescentes, en términos generales, sí tienen una tendencia a presentar ideación suicida. Es preciso decir que aquellos adolescentes que prefieren el estilo de afrontamiento centrado en los demás, carecen de ideación suicida.

Palabras clave:

Estilos de afrontamiento, ideación suicida

REVIEW

The study focused on determining the relationship between coping styles and suicidal ideation in adolescents of the high school who belong to the UGEL (Local educational management unit) Santa, Chimbote. It was held under descriptive quantitative approach, comparative correlational type, with no experimental design, cross-section. The participants were 523 adolescents whom studying the high school who were administered the Adolescent Coping Scale (Frydenberg Lewis, 1993b) and Suicide Ideation Scale made by Beck (1979). The main results have assessed that the relationship is significant ($p = 0.000$) between the coping style focused on the problem and suicidal ideation, with the results of the d of Somer (-0.0276) indicating that the relationship is significant ($p = 0.000$), middle level reverse; or there is a significant relationship between the levels of preference of coping style focused on relationships with others and levels of suicidal ideation. ($P = 0.129$); and finally, the relationship is significant between the levels of preference of unproductive coping style and levels of suicidal ideation, testing Somer d (0.455) is significant ($p = 0.000$) directly in a weak middle level. The study concludes that teens who prefer the coping style focused on the problem, tend not to have suicidal ideation compared with those who prefer improductive styles ways of tackling the problem, since this group of adolescents, in general terms, they have a tendency to suicidal ideation. It must be said that those who prefer the coping style focused on the other, is indifferent to the presence of suicidal ideation in adolescents.

Keywords:

Coping style, suicidal ideation

INTRODUCCIÓN

El creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento es producto de una forma diferente de enfrentarse a los diversos estresores situacionales, así como comprender su función en el proceso de adaptación regular de un ser humano (Leibovich, Schmidt & Marro, 2002).

Así mismo teniendo en cuenta los procesos de investigación actuales el constructo Afrontamiento no llega a un consenso conceptual que nos explique la claridad de su definición. Analizados los estudios en esta temática, se encuentra a Lazarus como el más prolijo investigador de este constructo quien marca un antes y un después en la historia de la Psicología Lazarus (1991). El modelo Transaccional de Lazarus & Folkman (1984) inspiró a muchos hombres de ciencia a buscar y analizar las maneras y formas en que los seres humanos enfrentamos la adversidad y las situaciones de estrés cotidiano, aportando una clara conceptualización del constructo citado.

Diversos estudios actuales destacan la importancia de conocer la manera cómo los jóvenes, específicamente, enfrentan diversos desafíos en el curso de su desarrollo, en el cual deben atravesar cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos posicionamientos frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, el desafío de la inserción en el mundo social, académico y laboral, entre otros. Es así que el suicidio es considerado como una complicación que afecta la salud pública de todo el mundo y está considerada dentro del decálogo de los principales causales de muerte, con una promedio de 16 por cada 100.000 habitantes; ocurriendo aproximadamente cada 40 segundos, entre personas entre los 15 y 45 años. Siendo así se muestra la presunción de un deceso por cada 20 tentativas fallidas. Para el 2012 se concluyó que para dentro de 5 años la cifra se elevará en un 50% de casos a nivel mundial. (WHO, World Health Organization, 2012)

En Estados Unidos, se evidenció que entre los años 2001 y 2009 se presentaron alrededor de 33.000 muertes por suicidio, siendo aproximadamente una cada 15 minutos; además, “La Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud” reveló que

alrededor de unos ocho millones de personas en edad adulta presentaron pensamientos suicidas de elevada importancia durante el año 2011. (HHS, The Health and Human Services, 2011)

Dentro de Latinoamérica, en lo que respecta a Colombia, el suicidio también se ha vuelto una complicación para el bienestar público. En el 2013, el suplemento de prensa del informe Forensis (2014), ultimó que el suicidio es considerado “la cuarta causa de muerte violenta en dicho país, con una tasa de 3.84 por cada cien mil habitantes con 1811 casos”; anteponiéndose asesinatos y diversos tipos de infortunios, incluidos los incidentes de tránsito.

Además, Paz (2013) menciona a la tasa más alta de depresión en el mundo se encuentra en Chile. En la “Encuesta Nacional de Salud” del año 2013 se descubrió que de cada 10 chilenos el 20 % de ellos registran algún grado de incapacidad funcional debido a síntomas depresivos. De acuerdo con las estadísticas internacionales, comparando la situación de Chile frente a países donde se planteó la misma problemática, el porcentaje aumento en 4 veces más su prevalencia de sintomatología depresiva en los habitantes chilenos adultos que en la demás población del mundo.

En los países conformados por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) el suicidio en muestras de infancia y adolescencia en niños y adolescentes mantiene sus valores o presenta ligeras disminuciones, siendo Chile y Corea del Sur las únicas naciones donde el suicidio va en ascenso.

Observando la realidad peruana, una reconocida investigación realizado por el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2005) en adolescentes cajamarquinos analizó la salud mental de la población de la sierra peruana en el año 2003. En la investigación se halló que un 26.2% de los adolescentes que participaron ha tenido deseos suicidas en algún momento de su vida, un 13.9% durante el último año y un 5.8% durante el último mes. En lo referente al comportamiento suicida de los participantes, siendo esta seria y alarmante, el 2.2% de la población adolescente registró por lo menos una tentativa suicida en lo que llevan de vida, donde el 1.8% lo habría intentado en el último año;

el grupo etario más afectado son los fluctuantes ente 15 a 17 años. Por otra parte, la tercera parte de los adolescentes que registraron intentos de autolesiones, tiene aún a ese comportamiento como una alternativa al remedio de sus conflictos. La clasificación de las razones de ideación o intención suicida, predominan los conflictos familiares (51.6% y 65.1%); por otro lado, los conflictos y el alejamiento por separación de un miembro cercano, salud del vínculo central de apoyo y vivencias catastróficas anteriores; siendo los más afectados por ésta última los adolescentes entre 15 y 17 años (11.3%). El problema más resaltante entre los 12 y 14 son los relacionados con problemas escolares.

El estudio llevado a cabo por Ramos, Guzmán, Hinojosa y Motta titulado “Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud” (2012), estuvo compuesto por 63 mujeres hospitalizadas en el servicio de salud mental y tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados para desarrollar conductas suicidas en la población femenina. Los alcances médicos rebelaron 25 casos por intento suicida y 38 casos de ideación suicida; en el primer grupo se identificó que la mayor cantidad de intentos suicidas se da en la etapa adulta, entre los 35 y 44 años. Se concluyó que la patología postulada con más presencia para el intento suicida es el trastorno Episodio de depresión mayor no psicótica , mientras que la razón más habitual de Pensamiento Suicida fue la Esquizofrenia Paranoide .

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud Mental en su “Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao (2012)” considero a personas desde los 12 años habitantes en Lima Metropolitana y Callao, abarcando al 96,6% de toda la población que reside en esas dos provincias. El informe general, en su apartado “indicadores suicidas” estudió diversas maneras de presentar dicha conducta, siendo las premisas más comunes (como el deseo de dejar de existir) hasta las creencias, incluyendo el planeamiento e intento, siendo estos premonitorios a consumir el hecho suicida y más persuasivos a la conducta. Se encontró significancia en mujeres, alcanzando 6,8% de prevalencia en el año en cuanto a deseos de morir; el 23,4% de los adultos limeños y del Callao presentaron en algún momento de su vida deseos de morir, el 4.6% durante el último y un 1,3% en el último mes. En lo que respecta a pensamientos suicidas estructuralmente

concebidas, el 8,9% presentó alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y el 3,5%, planeación del intento suicida.

Entrando al plano provincial, el estudio realizado por el Hospital La Caleta – Distrito de Chimbote a cargo de la Dra. Giselle Guadalupe Zúñiga Príncipe, llamado “Intentos de suicidios se halla dentro de los tres principales causales de muerte a nivel mundial” realizado en el 2010, los resultados descubrieron que aproximadamente el 32% de la población ha tenido pensamientos suicidas como medida de solución a sus problemas; siendo, según estudios epidemiológicos de salud mental realizados en nuestra ciudad, la causa más común entre adultos los problemas de familia y pareja, y entre los adolescentes, los conflictos con padres. El cuerpo de trabajo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz del Hospital “La Caleta” precisó que las edades de las personas que llegaron a consumir la acción suicida fluctúan entre los 15 y 40 años, donde los hombres representaban el mayor número registrado. Así mismo, dicha investigación muestra siendo el sexo femenino el grupo más vulnerable a mostrar rasgos de depresión y a ser sujetos de agresión intrafamiliar; así mismo vale la pena indicar que el registro de victimología suele ser cada vez en mujeres de menor edad.

Los reportes emitidos por la Red Asistencial Ancash (2016) - Es Salud Hospital III Chimbote para el año 2015, engloban a 3210 pacientes atendidos en el área de psiquiatría, siendo la distimia el diagnóstico preponderante con un 24.67%, seguido del trastorno mixto de ansiedad y depresión con 20.56% durante el año 2015. Durante el mes de mayo del año en vigencia; el total atendido llegó a 148 pacientes donde 37 fueron diagnosticados con trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Desde las teorías cognitivas el constructo de los afectos se entiende como una consecuencia emocional que es generada de la producción de un esquema de pensamiento el cual forma parte de nuestra estructura cognitiva o mapa mental , por lo cual se constituye en una suerte de expresión automática con un fuerte contenido experiencial y de aprendizajes primarios es decir de procesos de

socialización básica infantil .Es decir no nos perturbamos por las cosas sino por la interpretación que tenemos de estas . siendo el esquema de la valoración cognitiva el de mayor importancia teórica. (Fernández Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez 2004).

En los “Principios y Fundamentos de la Terapia Cognitiva de Beck” (citado por Joiner & Rudd, 1996) se menciona que el constructo desesperanza podría interceder entre la variable “fuente” (por ejemplo, depresión) y la “conducta suicida”, es decir, que las variables fuentes pueden contribuir a generar la desesperanza y ésta, a su vez, la conducta suicida. La desesperanza ha emergido como un criterio modulador que acerca a la depresión hacia la intención suicida. En un análisis de regresión múltiple, la desesperanza fue 1,3 veces más importante que la depresión en explicar la ideación suicida (Beck y otros, 1991). La consecuencia encontrada en el trabajo de Carpintero (2002), es que la desesperanza es un mejor disparador del acto suicida que la misma patología depresiva. Esto ocurriría, ya que los sujetos tenemos mayores tendencias a pensar en el suicidio o realizarlo cuando no ven un estilo de afronte productivo o una manera de escapar de su agonía psicológica.

En el primer capítulo se elabora el planteamiento del estudio, la justificación, se indican los objetivos de la investigación y las limitaciones.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, señalándose los antecedentes a nivel nacional e internacional, las definiciones conceptuales y las bases teóricas desde los conocimientos de Lazarus y Folkman con respecto al estudio del afrontamiento y sus estilos (ACS). Luego abordamos el concepto de ideación suicida como la primera pieza del suicidio, considerándola en su fase primaria. Es un constructo de múltiples factores, enmarañado e intercomunicado en el que participan factores biopsicosociales basados en la teoría cognitiva de Beck.

El tercer capítulo comprende la metodología, por lo que se llevó a cabo bajo el resultados se tiene que la relación evaluada es significativa ($p=0.000$) entre el estilo de afrontamiento centrado en el problema y la idea suicida, con los resultados de la d de Somer (-0.276) que indica que dicha relación es significativa enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, comparativo, correlacional, con diseño no experimental, Los participantes fueron 523 adolescentes que cursan de primero a

quinto año de secundaria cuya población adolescente asciende a 12367 aproximadamente que pertenecen a la Ugel Santa Chimbote ; a quienes se les aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1993 b) y la Escala de Ideación Suicida hecha por Beck (1979) .

En el cuarto capítulo se muestran los resultados obtenidos, se organiza la información de tal manera que primero se expondrán los resultados que presenta la relación entre las dos variables medulares de la investigación. Dado que son variables categóricas, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado con la finalidad de determinar si existe dependencia entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida. Así mismo, puesto que dichas categorías se presentan de manera ordinal, se aplicó la prueba d de Somer con la finalidad de conocer la dirección y el grado de asociación entre dichas variables.

De manera similar se evalúa la relación de los estilos de afrontamiento y las dimensiones de ideación suicida porque además de ser categóricas se presentan de manera ordinal. En la que se indica que la relación evaluada es significativa ($p=0.000$) entre el estilo de afrontamiento centrado en el problema y la ideación suicida, con los resultados de la d de Somer (-0.276).

Finalmente, se realiza la evaluación de los estilos de afrontamiento según las variables sociodemográficas, donde, también, se utiliza la prueba de dependencia Chi cuadrado.

El quinto capítulo corresponde a la discusión de resultados. Luego de procesar la información y obtener los resultados, en este apartado, discutiremos los mismos, en función a los hallazgos de otros autores y a la teoría que sustenta las bases de las variables estudiadas.

Finalmente, presentamos nuestras conclusiones y recomendaciones.

En la última parte se incluyen las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, observamos, con preocupación, en programas televisivos como noticieros que las tasas de suicidio aumentan abruptamente, sin discriminar la condición social a la cual pertenecen los sujetos, ya que se han detectado casos en todas las esferas sociales, siendo, aparentemente la población adolescente, la más vulnerable, ocupando el Suicidio en el tercer lugar como causal de deceso adolescente (Suk, et al. 2009; World Health Organization, 2001).

El adolescente se ve expuesto a procesos de cambio que pueden afectar su ánimo y hacerlo proclive a ideas pesimistas acerca de su futuro; la Organización Mundial de la Salud (OMS), conceptualiza la etapa adolescente entre los 11 y 19 años de edad, mostrando dos etapas; la temprana 11 a 14, la tardía de 15 a 19 años de edad respectivamente. Cada fase se caracteriza por modificaciones físicas hormonales en ambos géneros con la producción de testosterona y estrógenos, y estructurales en la anatomía y construcción de patrones de personalidad que van de lo inestable a constituirse al final de esta etapa en construcción patrón de personalidad adulta OMS (2004).

El desarrollo de la personalidad es un proceso que transcurre durante todo el ciclo de la adolescencia y se consolida al final de esta , sus herramientas de afronte dependerán en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar ,escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en los que este se desenvuelva , convirtiéndose algunas veces por su disfuncionalidad en factores riesgo para el adolescente que se ve influido por los cambios socio políticos , económicos, y de la estructura familiar, por lo cual ambos padres deben trabajar , y como consecuencia, permanecer fuera del hogar, dejándolo desprotegido y solo, en una etapa del desarrollo humano en la que más necesita de los modelos que únicamente la familia puede brindar. Por lo cual, este referente nos orienta a investigar al adolescente en su periodo de educación secundaria, el cual comprende las edades de mayor incidencia de esta problemática. Esta situación nos lleva a la reflexión de que la labor de los padres se inicia desde la misma planeación por estructurar una familia, el proporcionar el

afecto y los cuidados necesarios en cada una de las etapas de su desarrollo son parte fundamental en la formación de su personalidad, si por el contrario se creara una estructura familiar distorsionada y en crisis, no generaría en el adolescente recursos en la solución de conflictos ya que al no contar, precisamente, con los recursos necesarios y los estilos de afronte productivos orientados a la toma de decisiones correctas, se presentará la ideación suicida y posteriormente el suicidio como una alternativa de solución a sus dificultades menguando su integridad.

. En el estudio Epidemiológico de Salud Mental 2002 realizado por el Instituto de Enfermedades Mentales Honorio Delgado Hideyo Noguchi se ha propuesto estudiar criterios previos al suicidio consumado nos referimos al pensamiento e intento suicida ; ya que un 29,1% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 15,3% lo ha considerado en el último año y un 6,9% en el último mes ; así mismo en el mismo estudio realizado diez años después por la misma institución denominado “Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao (2012)” incluyó a sujetos desde los 12 años habitantes en Lima Metropolitana y Callao, abarcando al 96,6% de toda la población que reside en esas dos provincias. Se encontró significancia en el sexo femenino, alcanzando un 6,8% de prevalencia al año en cuanto a ganar de morir; el 23,4% de los adultos limeños y del Callao presentaron en algún momento de su vida deseos de morir, el 4.6% durante el último y un 1,3% en el último mes. En lo que respecta a pensamientos suicidas estructuralmente definidas, el 8,9% presentó alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y el 3,5%, planeación del intento suicida.

Las cifras, en el curso de estos años son relevantes en la muestra de adolescentes de 15 a 17 años; nos preocupa ya que la prevalencia de vida del adulto es el 30,3%, y este a temprana edad , ya está bordeando niveles de adulto; así mismo el Ministerio Público del Perú (1998 y 2002) reporta que en cuatro años han ascendido de 174 a 994 los casos de suicidio reportados en Lima, siendo la conducta suicida en sus distintas formas un problema de salud pública internacional .La (OMS), en 1998 ha reportado cifras aproximadas a 800,000 suicidios en todo el planeta y

así mismo 1100 personas se suicidan cada día. Se estima que la tasa de suicidio mundial es aproximadamente de 15 por 100000 habitantes (OMS, 2001) siendo los países de América Latina con mayor prevalencia de suicidio, Cuba con 11 por 100000 y Puerto Rico con 10 por 100000 habitantes ;en Europa , por lo cual se toma en cuenta dentro de las políticas de salud pública ya que ocupa el puesto diez en causas de deceso en la población general , y se direcciona en una predisposición en sus indicadores al aumento ., observando generaciones de adolescentes en las cuales se ve reducido su rendimiento total, tornándose desinteresados, con una expectativa negativa hacia el futuro, poco capaces de solucionar o enfrentarse a las diversas dificultades que les presenta la vida.

En el año 1971 el Comité de nomenclatura y clasificación mostro el término “Suicidalidad” (Beck & Greenberg ,1991). Encuadrando a “ideadores”, “intentadores” y “consumadores” de suicidio como grupos que se superponen; por lo cual , la diferencia entre suicidio e intento suicida sigue siendo complicado , por lo cual sería importante otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas) a los sentimientos de inutilidad, a la incapacidad para pedir ayuda, por lo cual el interés para realizar esta investigación reside en la problemática que presentan adolescentes de nuestro país ante el Suicidio y cómo podría ser mejor comprendido en intensidad, si conocieran qué forma de afrontamiento utilizar al confrontar sus inconvenientes , de ahí una buena evaluación podría permitirnos predecir la conducta suicida.

Entrando al plano provincial, el estudio realizado por el Hospital La Caleta – Distrito de Chimbote a cargo de la Dra. Giselle Guadalupe Zúñiga Príncipe, llamado “Intentos de suicidios se halla dentro de los tres principales causales de muerte a nivel mundial” realizado en el 2010, los resultados descubrieron que aproximadamente el 32% de la población ha tenido pensamientos suicidas como medida de solución a sus problemas; siendo, según estudios epidemiológicos de salud mental realizados en Chimbote, la causa más común entre adultos los problemas de familia y pareja, y entre los adolescentes, los conflictos con padres. El cuerpo de trabajo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz del Hospital “La Caleta” precisó que las edades de las personas que llegaron a consumir la acción suicida fluctúan entre los 15 y 40 años, donde los hombres

representaban el mayor número registrado. Así mismo, dicha investigación muestra que son el grupo femenino vulnerable a experimentar rasgos de depresión y a ser sumisas a la agresión familiar; siendo las jóvenes las más propensas.

Los reportes emitidos por la Red Asistencial Ancash (2016) - Es Salud Hospital III Chimbote para el año 2015, engloban a 3210 pacientes atendidos en el área de psiquiatría, siendo la distimia el diagnóstico preponderante con un 24.67%, seguido del trastorno mixto de ansiedad y depresión con 20.56% durante el año 2015. Durante el mes de mayo del año 2016; el total atendido llegó a 148 pacientes donde 37 fueron diagnosticados con trastorno mixto de ansiedad y depresión. Así mismo, Conde (2016) realizó un estudio con pacientes derivados del mismo servicio de psiquiatría al servicio de psicología del Hospital ES Salud III Chimbote el cual tuvo como fin identificar la relación entre las variables de desesperanza e ideación suicida.; se tuvo como muestra a 97 pacientes y se evidencia en el estudio que un 74.2% de la población estudiada se ubica en un nivel alto de desesperanza y el 75.3%, ideación suicida siendo este estudio el más reciente y significativo en esta ciudad el cual nos provee datos relevantes de analizar. Por todo lo antes expuesto se creyó necesario este estudio ya que frente a su prevalencia e incidencia es socialmente relevante e involucra a un grupo numeroso y vulnerable de la población.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida, en adolescentes de educación secundaria que pertenecen a la UGEL Santa, Chimbote?

1.2.2 Problemas Específicos

- ① ¿Cuál es la relación entre el estilo de afrontamiento dirigido a resolver el problema y las dimensiones de ideación suicida?
- ② ¿Cuál es la relación entre el estilo de afrontamiento referido a otros y las dimensiones de ideación suicida?

- ③ ¿Cuál es la relación entre el estilo de afrontamiento no productivo y las dimensiones de ideación suicida?
- ④ ¿De qué manera se presentan los estilos de afrontamiento, según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico) y variables familiares (Relación con padres, amigos y pareja)?
- ⑤ ¿De qué manera se presentan los niveles de ideación suicida, según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico) y variables familiares (Relación con padres, amigos y pareja)?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación Teórica

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre el comportamiento de los adolescentes y sus formas de enfrentar los problemas que presentan, así como demostrar una relación directa entre el estilo de afrontamiento que este directamente relacionado con la ideación suicida, y que esta relación nos pueda permitir el predecir una futura conducta suicida a través de identificar a tiempo la ideación suicida inicial. Indagación científica en la cuyos resultados de esta investigación podrán sistematizarse en una propuesta para ser incorporada como conocimiento de las ciencias de la educación.

Justificación práctica

La presente investigación pretende brindar información que permita realizar acciones preventivas sobre la población adolescente la cual es más sensible sobre los cambios socio políticos y económicos, añadiéndose a esto el cambio de los roles en la estructura familiar, donde ambos padres deben trabajar y como consecuencia, permanecen fuera del hogar y dejan desprotegido y solo al

adolescente, quien necesita afianzarse en los modelos que solo la familia puede brindar, como la formación básica en valores y hábitos, que los dota de capacidades para soportar las crisis normales del crecimiento, así mismo al tener padres ausentes, y frustrados frente a todas las responsabilidades económicas que deben asistir, el adolescente se ve descuidado tanto en su seguridad afectiva, como por el sustento y soporte emocional que la familia como entorno seguro debe ofrecer, al haber ausencia de modelos nutricios y positivos los estilos de afrontamiento de los adolescentes no serían productivos, ya que estos modelos se nutren y se instauran durante el periodo de crianza en la niñez y la adolescencia, teniendo, por consiguiente, pocos o nulos recursos en la solución de sus conflictos y presentándose la ideación suicida y posteriormente el suicidio como una alternativa de solución a sus dificultades.

Justificación Social

Así mismo es conocida la política nacional de protección a niños y adolescentes como población en riesgo, el gobierno peruano lo asume como prioridad al considerar la problemática suicida dentro de sus políticas sociales, al lado de la violencia familiar y la depresión.

Lo antes expuesto justifica el presente estudio porque permitirá conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes frente a sus dificultades, y permitiría asentar las bases para formular e implementar programas de promoción prevención e intervención y apoyo en el campo, por lo cual se consideraría como un aporte de tipo social.

Los resultados emitidos por este estudio buscan generar conciencia sobre la estrecha relación existente entre las variables estudiadas y tener como medida de prevención la aparición de la ideación suicida como paso previo al intento Suicida.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida, en adolescentes de educación secundaria que pertenecen a la UGEL Santa, Chimbote.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ① Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento dirigido a resolver el problema y las dimensiones de ideación suicida.
- ② Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento referido a otros y las dimensiones de ideación suicida.
- ③ Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento no productivo y las dimensiones de ideación suicida.
- ④ Describir los estilos de afrontamiento, según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico) y variables familiares (Relación con padres, amigos y pareja).
- ⑤ Describir los niveles de ideación suicida, según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico) y variables familiares (Relación con padres, amigos y pareja).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 A nivel internacional

Vianchá, Bahamón & Alarcón (2013) realizaron un estudio en jóvenes latinoamericanos, bajo el título de “Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes”, el objetivo central del estudio reflexiona en relación a variables como ideación, acto, y suicidio en muestra de jóvenes y su relación con indicadores psicosociales, encontradas a través de la búsqueda como Indicadores de Riesgo . La metodología fue la revisión de base de datos como Dialnet, Redalyc, Scielo y Proquest. Entre las principales observaciones que hacen los investigadores, resaltan como predictores: suicidio, ideación suicida, intento suicida y factores de riesgo , los cuales son artículos experimentales en muestra de jóvenes .La revisión realizada muestra este constructo en una muestra de Sudamérica en personas jóvenes especificando variables de la psiquis social como problemas de vínculo entre pares y agentes educativos , variables psicológicas, la implicaciones contextos de violencia familiar y abuso sexual y, finalmente, los estilos y estrategias de afrontamiento desarrollados por los jóvenes. Se finaliza entendiendo al suicidio como un constructo Pluricausal que va en aumento con la aparición de problemáticas propias de la sociedad actual, tales como el acoso escolar, los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato. Cabe resaltar, que la población más vulnerable a este tipo de problemas siguen siendo los niños y los jóvenes, lo que exige a los profesionales en salud mental generar estrategias de intervención orientadas a la identificación y prevención de las mismas.

Córdova, Rosales, Guzmán & Zúñiga (2013). En México, realizaron un estudio denominado “Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí”, el objetivo de este estudio fue identificar las características psicológicas que se asocian a la presencia y ausencia de ideación suicida desde el marco teórico cognitivo en estudiantes de bachillerato del Altiplano Potosino. El estudio se realizó en todos los alumnos del Colegio de Bachilleres N.º 10 de San Luis Potosí; 280 estudiantes: 158 (56.4%) hombres y 122 (43.6%) mujeres. Fue aplicado un instrumento integrado por tres secciones: un cuestionario que midió 21 variables sociodemográficas; cinco escalas de constructos

psicológicos; y la Escala de Ideación Suicida de Roberts. Esta última escala resultó fiable y con validez factorial. El 5.7% de estudiantes manifestó ideación suicida. Los puntajes en los constructos psicológicos que registraron diferencia significativa con la prueba t de Student entre estudiantes sin ideación suicida y con ideación suicida fueron: Emoción Negativa, Comodidad, Impulsividad, Futuro Negativo, Futuro Positivo, Apoyo Familiar, y Apoyo Amigos.

Estas características psicológicas fueron explicadas en el marco teórico cognitivo, para con ello generar e instrumentar estrategias de atención psicológica tendientes a reducir el riesgo de un intento o suicidio consumado, además de mejorar la calidad de vida de los jóvenes implicados.

Quiceno, Barrera, Latorre, Molina & Zubieta. (2012). Realizaron un estudio en Bogotá, Colombia, titulado “Resiliencia, Felicidad, Depresión, Afrontamiento del Estrés e Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios Colombianos”. El objetivo de esta investigación fue evaluar variables como depresión estrategias de afronte felicidad e ideación suicida en 217 jóvenes universitarios en dos universidades particulares de Bogotá Colombia , tuvo diseño descriptivo correlacional , en una medición fija y única , se utilizaron escalas de RS , SHS PANSI CAE CEDS, de resiliencia felicidad ideación , afronte y depresión respectivamente .

Los resultados indican la siguiente relación entre variables en alta felicidad, buena resiliencia afronte positivo orientado a la solución de conflictos, no depresión, visión muy positiva de la vida. Así mismo se encuentra la importancia central de estos jóvenes en establecer redes de soporte social y competencia personal para ser felices frente a lo que nos muestra la vida, y la búsqueda de estos criterios en su vida de manera constante promueves ideas positivas con lo que tienen que vivir a diario.

González, Ramos, Caballero & Wagner. (2003). En México realizaron un estudio titulado “Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos”; el objetivo de esta investigación fue el correlacionar variables como depresión , intento e ideación suicida en 936 adolescentes 508 varones y 428 mujeres de Ciudad de México con edad promedio de 13.7 años Los resultados indican que los estudiantes con ideación suicida .depresión tienen más

problemas en la relación con sus padres entorno a temas económicos , autoestima baja y tiene respuestas agresivas como estrategia de afronte . La prevalencia de intento suicida fue del 7% en varones y del 17% en sexo femenino Los estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida.

En hombres, la respuesta agresiva es de mayor riesgo En el sexo femenino ,que tiene conflictos con la madre presentar mayor riesgo ; es decir tener conflictos con sus padres demuestra un mayor peligro Estas conclusiones finales determinan que la prevención y los factores de riesgo contribuyen en identificar estudiantes en riesgo para su derivación oportuna a servicios de salud.

Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini (2011). Realizó un estudio en España al que tituló “Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento”.

Los puntos centrales de este trabajo : a) analizar la presencia de conducta autolesiva y pensamiento suicida en población comunitaria adolescente, según sexo, b) analizar la asociación entre ideación suicida y conducta autolesiva, calculando el riesgo relativo (RR) de autolesión; c) analizar el tipo de estrategias de afrontamiento que ponen en marcha respectivamente los adolescentes con presencia y ausencia de dichas conductas. Participan 1.171 estudiantes de ESO (Educación secundaria Obligatoria) (518 chicos y 653 chicas) entre 12 y 16 años. La conducta autolesiva y la ideación suicida fue analizada mediante el YSR y las estrategias de afrontamiento mediante la adaptación española del CRI-Youth. Entre los principales resultados se tuvo que la prevalencia de conducta autolesiva fue del 11,4% y la del pensamiento suicida del 12,5%, porcentajes acordes con los encontrados en otros países. No se han hallado diferencias de sexo, pero sí un incremento con la edad.

Se observa una relevante relación entre comportamiento autolesivo e ideación suicida; la posibilidad de autolesión en adolescentes con ideación suicida es diez veces superior que en la de adolescentes que no reportan dicho tipo de ideación. El uso de estrategias de afrontamiento específicas diferencia entre población con ausencia/presencia de dichas conductas, especialmente en las chicas. Así mismo la investigación finaliza indicando que la asociación entre pensamiento autolítico,

conducta autolesiva y uso de estrategias de afrontamiento pueden tener importante valor preventivo y coadyuvar a la implementación de tratamientos más efectivos.

Quintanilla, Figueroa, Abundiz & Mendoza (2005). Realizaron un estudio al que titularon “Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida”, con la finalidad de encontrar los modelos de afrontamiento en un grupo de 103 pacientes identificar las estrategias de afrontamiento en una muestra de 103 pacientes que ingresaron al Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” por intento de suicidio. Se utilizó el inventario de Estilo de Afrontamiento desarrollado por Vitalino y col. El inventario demostró consistencia al ser validado por factorización con la prueba Alpha de Cronbach, con valores iguales o mayores de 0.80. El 75% de la muestra estudiada utilizó estrategias de afrontamiento poco adaptativas, focalizadas en la emoción como, la autoculpabilizante y, la centrada en alterar el significado emocional (fantasía).

Serrano & Flores (2005). Realizaron un estudio en México titulado “Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes”, tuvo como punto central el observar la relación entre afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. Formaron parte del estudio 370 personas, hombres y mujeres seleccionados probabilísticamente de escuelas secundarias y preparatorias. Se aplicaron las escalas de estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida adaptadas por González-Forteza. Los resultados indican que a mayor estrés con la pareja, mayor ideación suicida en los hombres. En las mujeres, la ideación suicida se asoció con un mayor estrés social y con la pareja. Asimismo, se encontró correlación moderada, significativa y positiva entre los factores de las escalas de afrontamiento y la ideación suicida. Los resultados se interpretan tomando en cuenta su importancia en la prevención del suicidio en los adolescentes.

2.1.2 A nivel Nacional

Conde (2016) Realizó un estudio que tuvo como fin identificar la relación entre las variables de desesperanza e ideación suicida en pacientes derivados al servicio de psiquiatría de un hospital de Chimbote. La investigación fue de diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal, orientada a determinar el grado de relación entre las variables; se tuvo como muestra a 97 pacientes de un hospital de Chimbote, usando un muestreo probabilístico. El instrumento utilizado para el trabajo fue la Escala de Desesperanza de Beck (EDB), y la Escala de Ideación Suicida de Beck (EIS), adaptada por Eugenio y Zelada (2011), se encontró una correlación de $r = ,44$ evidenciando que no existe correlación significativa entre ambas variables; por otro lado, se resaltó la correlación entre algunas de las dimensiones de ambas pruebas. Así mismo, se evidencia en el estudio que un 74.2% de la población estudiada se ubica en un nivel alto de desesperanza y el 75.3%, ideación suicida.

Ramos, Guzmán, Hinojosa & Motta. (2012). Realizaron un estudio en la ciudad de Lima, Perú, denominado “Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud”. La finalidad del estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados para desarrollar conductas suicidas en la población femenina. Se realizó un estudio de diseño observacional, descriptivo de tipo transversal con la población de mujeres pertenecientes al servicio de hospitalización del departamento de salud mental. El estudio se realizó en 63 mujeres. Los principales resultados que se obtuvieron de este análisis fueron que de las fichas de recolección de datos, se encontraron 25 casos por intento suicida y 38 casos de ideación suicida. En el primer grupo fue identificado que la mayor cantidad de intentos suicidas se da en la etapa adulta, entre los 35 a 44 años. Las formas de intento suicida se da a través de la ingesta de fármacos, el 90.9% correspondían a benzodiacepinas y la patología más frecuente que se halló fue la de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (19.3%). En cuanto a ideación suicida, el grupo más frecuente está relacionado con el diagnóstico esquizofrenia paranoide (25.6%). No existió ningún conflicto de

interés. El estudio concluye señalando que la patología que lleva con más frecuencia el intento suicida es el episodio depresivo grave si síntomas psicóticos; mientras que la causa más ordinaria de ideación suicida fue principalmente la esquizofrenia paranoide.

Leal & Vázquez. (2012). En Cajamarca, realizan un estudio denominado “Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos. Prevalencia y factores asociados”. El objetivo de este estudio fue Identificar la prevalencia de ideación e intento de suicidio de los adolescentes escolares de la Ciudad de Cajamarca así como el tipo de relación existente entre la ideación suicida y variables sociodemográficas y psicosociales. El estudio se realizó en 10054 adolescentes. Para la selección de la muestra de estudio se realizará un muestreo Polietápico a partir de los centros educativos registrados en la Dirección de Educación Cajamarca. Entre los principales resultados se tiene que en cuanto a la ideación suicida, resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muertos (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muertos alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%). De otro lado, se halló que el 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que el 16.5%, lo pensó durante el último mes. Sobre las modalidades de ideaciones suicidas, se concluye que son más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte, como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio; se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentaron mayores niveles de riesgo suicida en comparación a los varones.

Huapaya (2010). Realiza un estudio con fines de tesis de grado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el estudio se denomina “Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima”. Tuvo como objetivo establecer si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja eran factores asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares de tercero, cuarto y quinto año de

secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima. Fue aplicada a 321 escolares una encuesta estructurada tipo cuestionario para ser auto administrada, separada en 6 secciones: disfunción familiar, depresión, ideación suicida, rasgos disociales, riesgo alto de alcoholismo y conflicto de pareja. Entre los principales resultados se tuvo que el 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, el 14,3% nivel medio y el 2,6% nivel alto. Con el análisis multivariado la depresión y la edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida, el autor concluye que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años. Los síntomas depresivos presentes fueron el factor de riesgo más fuertemente asociado en el actual estudio, avalando lo encontrado en la mayoría de trabajos alrededor de la ideación suicida.

Cano, Gutierrez,y Nizama (2009). Realizan un estudio en la Amazonía peruana, titulado “Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana”. La finalidad de este estudio fue determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años de tres grandes colegios de la ciudad. Entre los resultados más resaltantes, se tuvo que el 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, el 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en un 51,7% y en conducta violenta en un 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ($p < 0,001$). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta ($OR=4,9$ $IC_{95\%}$ 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo ($OR=2,1$ $IC_{95\%}$ 0,9-4,9). Los autores concluyeron señalando que existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio.

Rojas & Saavedra (2006). Estudió “Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006”, con la finalidad de determinar el grado de relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con

los indicadores de cohesión familiar en adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana en el año 2006. Se basó en los datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana (Piura, Trujillo, Chiclayo, Ica y Arequipa) – 2006, que se realizó mediante una encuesta directa a 2390 adolescentes, obtenida a través de un muestreo probabilístico de tres etapas. La encuesta fue realizada por profesionales de la salud adecuadamente capacitados, utilizando el Cuestionario de Salud Mental, el cual fue adaptado en Perú. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para calcular las frecuencias y las principales medidas de tendencia y porcentajes. Para la evaluación de las asociaciones bivariadas se utilizaron pruebas F de independencia y para el análisis multivariado se ajustaron modelos de regresión logística. Los resultados fueron que la prevalencia de vida del deseo de morir fue del 26,7%, pensamiento suicida un 10,8% y planeamiento suicida en un 4,2%. Hubo una asociación estadísticamente significativa e inversa entre los indicadores de cohesión familiar y todos los indicadores suicidas. El deseo de morir fue significativamente mayor en las mujeres (35,0%) en comparación con los varones (15,9%). Sus conclusiones fueron que los datos obtenidos demostraban una relación inversa entre la ideación suicida y la cohesión familiar y, apoyaban la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos al interior de la familia y las escuelas, para identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental.

2.2 BASES TEÓRICAS DEL ESTUDIO

2.2.1. Afrontamiento al estrés

• El estrés

La investigación sobre el estrés se ha caracterizado por una falta de univocidad, por lo cual el término adquiere una variedad de significados, referidos tanto a sucesos externos (estresores) como a estados internos estresantes (strains).

Según Omar (1995) los investigadores definen al estrés, al menos, de tres formas diferentes:

- 1- como un estímulo

- 2- como una respuesta
- 3- como las relaciones entre estímulo y respuesta.

En el primer caso, supone cualquier fuerza externa –evento– sobre un objeto o persona que requiere algún tipo de respuesta adaptativa. En el segundo caso, está más referido a una reacción del organismo de tipo psicológica, sociológica o comportamental a los estresores del entorno. En el tercer caso, el stress como la relación estímulo-respuesta refiere a la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo.

El médico húngaro Hans Selye (1956) fue uno de los pioneros en el estudio del estrés en el campo de la medicina. Desde el campo de la psicopatología, equiparó el término muchas veces, de manera confusa, con el nombre de ansiedad (Gomez Dupertuis, 2002). Selye aborda el estudio del estrés como una respuesta adaptativa del organismo ante las diversas situaciones o estímulos que provocan una respuesta fisiológica no específica frente a los agentes provocadores que denomina estresores. A dicho proceso lo denomina Síndrome de Adaptación General (SAG), que comprende una fase de alarma, otra de resistencia y de agotamiento. Este autor considera que cualquier estímulo puede convertirse en estresor, siempre que provoque en el organismo la respuesta inespecífica de reajuste: la homeostasis. Introduce la distinción entre eustress y distress, marcando la diferencia entre lo que es estimulante en sentido positivo y lo que es nocivo.

Selye (1956) define al estrés como un conjunto de respuestas somáticas, autonómicas y conductuales inespecíficas, frente a agresiones procedentes del ambiente que impliquen una demanda psicofísica aumentada o un riesgo para el organismo en su conjunto.

Lazarus y Folkman (1984) avanzan un poco más en estas conceptualizaciones, agregando que el resultado de enfrentarse a un evento estresante depende tanto de las demandas del medio como de los propios recursos de cada persona.

Las investigaciones iniciales de Holmes y Rahe (1967) informaban que cualquier cambio, tanto positivo como negativo, era estresante porque conllevaba demandas de adaptación; posteriormente sugirieron que los sucesos negativos

desempeñaban un rol más significativo que los positivos en el proceso de enfermar de un sujeto.

El modelo fenomenológico cognitivo desarrollado por Lazarus y Folkman (1984) con respecto al estrés nos proporciona las bases teóricas para verificar la relación entre estímulos amenazantes y los recursos personales adaptativos o no para abordarlos. Este modelo señala que una situación es considerada estresante sólo si el individuo la percibe como tal, es decir, si exceden los recursos del sujeto y atentan contra su bienestar.

Así, el estrés psicológico sería el resultado de una relación particular entre el sujeto y el contexto, que se produce cuando éste es evaluado por la persona como amenazante o desbordante para sus recursos. En las primeras clasificaciones, estos autores distinguen al estrés como amenaza, pérdida o desafío, ya que el concepto de estrés en sí mismo no aporta demasiado sobre la naturaleza del esfuerzo que el individuo debe llevar a cabo para adaptarse.

Es aceptado entre los teóricos sobre el tema que el estrés no es algo negativo en sí mismo, sino que facilita la disposición de recursos para enfrentar situaciones excepcionales ya que se activan gran cantidad de recursos, aumenta el nivel de reacción fisiológica, cognitiva y conductual y, esto supone un desgaste importante para el organismo. Si esto sucede esporádicamente no habrá problemas dado que el organismo tiene capacidad para recuperarse, pero si se repite con mucha frecuencia e intensidad o duración puede producir la aparición de trastornos fisiológicos. Agrega este autor que el estrés es un aspecto inevitable de la vida que contribuye a poner en funcionamiento recursos personales que podrán utilizarse en situaciones futuras y contribuir, así, a mejorar su autoeficacia y autoestima.

Varela y Bernardi (2000) cotejan estos conceptos con el concepto de defensa a partir de la observación clínica y de la formación de síntomas y la Psicopatología, desarrollado por el psicoanálisis. Los mecanismos de defensa fueron definidos como procesos psíquicos inconscientes que se desencadenan cuando una persona experimenta conflictos que producen dolor psíquico y angustia. Defensa y coping comparten el origen en la evitación de la angustia o el displacer; la vivencia subjetiva, la emoción, son las desencadenantes tanto del esfuerzo de afrontamiento

como del defensivo. Estos autores en su análisis comparten con diversos investigadores la idea de que los mecanismos de defensa se ponen en marcha no sólo por demandas internas sino también por estímulos externos. Las defensas son activadas por perturbaciones internas pero ayudan a soportar las demandas, las exigencias y los desafíos de la realidad.

Lazarus (1988) desarrolló la noción de vulnerabilidad como la tendencia de cada individuo a reaccionar frente a diversos acontecimientos con estrés psíquico o con un grado mayor de estrés que otros individuos. Según las características de personalidad y de contexto (familiar, social e histórico) se presentan diferencias entre los individuos en cuanto a las percepciones de sentirse dañado, amenazado o puesto a prueba.

● **Estilo de afrontamiento al estrés**

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente (Martín Díaz, Jiménez Sánchez y Fernández Abascal, 2004).

En esta línea, y desde la concepción teórica desarrollada por Lazarus y Folkman (1984), se sostiene que, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío; el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento (*coping*), entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes.

Desde aquí, Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”

Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

El afrontamiento es definido por Everly (1989) “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. En la misma línea, Frydenberg y Lewis (1998) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar, según Girdano y Everly (1986), adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

En este punto, se hace preciso diferenciar los *estilos* de afrontamiento de las *estrategias* de afrontamiento. “Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (Fernández-Abascal, 1997, p. 190). Así, mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que tiene una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene el sujeto al afrontar los problemas de la vida diaria.

Si bien en este trabajo no nos detendremos a analizar los estilos de afrontamiento, sí haremos hincapié en las estrategias de afrontamiento. En relación a éstas, su delimitación conceptual es menos precisa que la de los estilos, ya que su definición ha estado generalmente ligada al desarrollo de los instrumentos de medida de las mismas. Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera (Casullo y Fernández Liporace, 2001).

Dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

Revisando la bibliografía sobre el tema, resaltan los diferentes intentos realizados por los autores por clasificar las estrategias de afrontamiento (Meichenbaum y Turk, 1982; Endler y Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis y Gruñe, 1986). Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

- 1- *Confrontación*: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
- 2- *Planificación*: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
- 3- *Aceptación de la responsabilidad*: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
- 4- *Distanciamiento*: Implica los esfuerzos que realiza el joven en apartarse o alejarse del problema a fin de evitar que éste le afecte.
- 5- *Autocontrol*: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- 6- *Re evaluación positiva*: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

- 7- *Escape o evitación*: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
- 8- *Búsqueda de apoyo social*: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían *centradas en el problema* (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están *centradas en la emoción* (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en *ambas áreas*.

Lazarus y Folkman (1984) señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, *pensar positivamente* es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social (Leibovich, Schmidt y Marro, 2002).

Más adelante, Fernández-Abascal (1997) realizó un exhaustivo listado de las estrategias de afrontamiento que fueron definidas en la literatura científica. Se identificaron 18 estrategias diferentes y se construyó la escala de *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*.

Por su parte, dado que el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, según las personas, sus circunstancias y contextos, éste será eficaz cuando permita al individuo tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar.

Siguiendo a Olson y Mc Cubbin (1989). Ellos señalan la importancia de entender al afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia. El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso

garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Así, y según Fernández-Abascal (1997), estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

• Instrumentos de Evaluación del Afrontamiento

A partir del modelo transaccional de afrontamiento, se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar este constructo. Entre los instrumentos más conocidos para evaluar el afrontamiento, se encuentran los siguientes:

- 1- WOC (*Ways of Coping Inventory*) de Lazarus y Folkman (1984): Es el instrumento más usado en los comienzos, e incorpora las ocho estrategias definidas por los autores y las relaciona con los estilos dirigidos al problema y a la emoción.
- 2- COPE (*Coping Estimation*) de Carver, Sheier y Weintraub (1989): Este instrumento tiene una mayor precisión en los ítems e incluye áreas que no son abordadas por el WOC, tales como el humor, la religión y la negación.
- 3- IVA (Inventario de valoración y Afrontamiento): Sus autores, en su forma original, son Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1992). A diferencia de los anteriores, este instrumento nos permite evaluar el afrontamiento en situaciones específicas. Permite conocer la evaluación que el sujeto hace de la situación estresante y sus estrategias de afrontamiento frente a aquélla.
- 4- ACS (Escala de Afrontamiento para Adolescentes) de Frydenberg y Lewis (1996). Estos autores son los que agregan el tercer estilo de afrontamiento, al que denominaron *Improductivo*.

▪ ACS (Escala de Afrontamiento para Adolescentes)

La Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) –versión española editada por TEA– fue diseñada por Frydenberg y Lewis (1996), y constituye otro instrumento de evaluación que permite a los jóvenes analizar sus propias conductas de afrontamiento. Es una herramienta de carácter psicométrico, de autoevaluación, que necesita de un profesional especializado para su interpretación clínica. Se

aplica a adolescentes entre 12 y 18 años y es autoadministrable, en forma individual o colectiva.

Dadas las características del instrumento, resulta de fácil manejo, no requiere aptitud avanzada de comprensión lectora y resulta eficaz para evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza el joven, de una manera rápida y económica.

El ACS tiene dos versiones: una General y otra Específica. Estas versiones responden a la concepción de los autores acerca del afrontamiento. Frydenberg y Lewis señalan que muchas de las conductas de un sujeto dependen de una situación específica, evaluada a través de la Forma Específica de la Escala ACS. Asimismo, se ha observado que las estrategias de afrontamiento que un sujeto elige son en gran parte estables con independencia de la naturaleza del problema, indagada por medio de la Forma General. Ambas versiones tienen los mismos elementos aunque varían parcialmente las instrucciones de aplicación.

Consta de dos partes: la primera es una pregunta abierta sobre los principales problemas vividos durante los últimos 6 meses. La segunda parte consiste en un inventario en forma de autoinforme compuesto por 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final, y permite evaluar con gran fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: 1: no me ocurre nunca o no lo hago; 2: Me ocurre o lo hago raras veces; 3: Me ocurre o lo hago algunas veces; 4: Me ocurre o lo hago a menudo y 5: Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

La pregunta abierta se evalúa según las categorías de análisis empleadas por Casullo y Fernández Liporace (2005).

La hipótesis sería que los principales problemas que los adolescentes autoinforman a partir de la pregunta abierta presentan particularidades según las características de personalidad, del grupo familiar al que pertenece y del contexto sociocultural de dónde provienen. Las diferentes condiciones y estilos de vida, tal como lo señalamos más arriba, generan diferentes estrategias para afrontar los problemas, como así también la lectura que se hace de aquellas situaciones problemáticas.

La segunda parte de la escala evalúa 18 estrategias de Afrontamiento pueden agruparse en tres estilos básicos de afrontamiento:

- a- *Dirigido a la resolución de problemas*: aquellas estrategias que modifican la situación problemática para hacerla menos estresante.
- b- *Afrontamiento en relación con los demás*: aquellas que apuntan a reducir la tensión, la activación fisiológica y a la reacción emocional.
- c- *Afrontamiento improductivo*, apunta a los jóvenes que no enfrentan la situación problema. Los sujetos que utilizan estrategias de este estilo suelen tener sentimientos y pensamientos de autorreproche, e inutilidad; pueden negar el problema o minimizarlo; no se preocupan por las demandas del medio ni de sus reacciones, es decir que en general, no se esfuerzan en buscar las posibles soluciones a la problemática planteada.

Posteriormente se interpretan las estrategias en relación al estilo al que pertenece:

a) *Dirigido a la resolución de problemas*

- 1- Buscar diversiones relajantes (Dr), describe actividades relajantes: oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc.
- 2- Esforzarse y tener éxito (Es), supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.
- 3- Distracción física (Fi), elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.
- 4- Fijarse en lo positivo (Po), busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado.
- 5- Concentrarse en resolver el problema (Rp), acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación.

b) *Afrontamiento en relación con los demás*

- 1- Buscar apoyo espiritual (Ae), supone recurrir a la ayuda de un ser superior para solucionar los conflictos. Emplean la oración y la ayuda de un líder espiritual.
- 2- Buscar ayuda profesional (Ap), consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros, terapeutas o a una persona competente.

- 3- Invertir en amigos íntimos (Ai), se refiere búsqueda de relaciones personales íntimas.
- 4- Buscar apoyo social (As), consiste en una estrategia de compartir. los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución.
- 5- Buscar pertenencia (Pe), implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que los otros piensan.
- 6- Acción social (So), supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos.

c) *Afrontamiento improductivo*

- 1- Autoinculparse(Cu), ciertos sujetos se sienten responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.
- 2- Hacerse ilusiones (Hi), estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.
- 3- Ignorar el problema (Ip), rechazar conscientemente la existencia del problema.
- 4- Falta de afrontamiento (Na), incapacidad personal para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos.
- 5- Preocuparse (Pr), indica preocupación por el futuro y la felicidad futura.
- 6- Reservarlo para sí (Re), expresa que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas.
- 7- Reducción de la Tensión (Rt), utilización de elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión (Fumar, beber, drogarse).

2.2.2. Ideación suicida

Definido como la epidemia del siglo XXI (Mengual y Izeddin, 2012), consideran que el suicidio se ha instaurado como la primera causa de muerte violenta en el mundo, pese a esto, las explicaciones de este tipo de violencia autoinflingida siguen careciendo de teorías sólidas fundamentadas en la investigación científica.

Pretendiendo emular las explicaciones biológicas, la Psicología sigue adoptando concepciones fundamentadas en instancias y/o atributos de carácter interno que dan lugar a interpretaciones reduccionistas y maquinistas que no aportan soluciones a este complejo problema de salud pública. Resulta necesario

desarrollar modelos explicativos sobre el suicidio que, desde una perspectiva psicosocial permita el desarrollo tanto de programas preventivos, como de estrategias de prevención efectivas.

● **El suicidio desde una perspectiva psicosocial**

El suicidio, considerado como una forma de violencia auto infringida, es un concepto que surge precisamente de la necesidad de distinguir entre la agresión a uno mismo y el hecho de agredir a otra persona. Krug y Cols. (2003) en el informe mundial sobre violencia y salud de la OMS, definen la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, contemplando que el uso intencional de la fuerza o el poder físico incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión”.

Con la intención de establecer una distinción entre la agresión auto infringida y la violencia hacia otros, Sir Thomas Browne en 1642 acuñó el término suicidio, basándose en los términos del latín sui (uno mismo) y caedere (matar). Además de esclarecer el concepto del suicidio como una forma de violencia, éste se enfrenta a otra problemática pues las muertes por suicidio son solo una parte de este problema ya que además de los que mueren, son muchas las personas que sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida.

Canetto y Lester (1995) proponen una categorización del suicidio considerando el tipo de daño contemplando dos tipos de comportamiento:

- 1) Comportamiento suicida mortal - Los actos suicidas que ocasionan la muerte.
- 2) Comportamiento suicida no mortal - Las acciones suicidas que no provocan la muerte. Este tipo de actos son conocidos en Estados Unidos como “intento suicida” o “parasuicidio” y “daño auto infringido deliberado” en Europa.

Respecto a la prevalencia de suicidio, la OMS (2004) en su informe sobre la salud en el mundo ha reconocido que la magnitud del problema pudiera ser más alarmante de lo que muestran las estadísticas ya que es muy común el pretender

ocultar un suicidio con el fin de evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, o bien por conveniencia social, razones políticas, o porque quien comete el suicidio lo hace aparecer como un accidente.

Aun con estos atenuantes, el suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo (Suk, et al. 2009; World Health Organization, 2001). En relación a este problema, la OMS en el 2009, informó que aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio en el año 2000, y que las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años, lo que le ha permitido alcanzar la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones auto infringidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

El departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS (2009), sostiene que el suicidio provoca más muertes que los asesinatos y las guerras ya que cada 60 segundos alguien se quita la vida en el mundo. Entre los países que registran las mayores tasas de suicidios están Finlandia, Rusia, Bielorrusia, Ucrania y otros del ex bloque soviético, mientras que entre los países en desarrollo se encuentran Sri Lanka, Mauricio y Cuba. Sin embargo, por cada suicidio pueden producirse hasta 20 intentos fallidos, considerando este dato, estaríamos hablando de que alguien intenta suicidarse cada tres a cinco segundos. En el caso de los intentos suicidas se calcula que en México, por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio y por cada intento ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (González-Forteza, et al. 1998).

La mayoría de los países en todo el mundo reporta un aumento en las tasas de suicidio entre los adolescentes. Borges (2010) señala que en México la tasa pasó de uno por cada cien mil habitantes en 1970 a cuatro por cada cien mil en el año 2007, lo cual motivó que el suicidio ocupe actualmente la cuarta causa de muerte en adolescentes. Por otra parte, el organismo denominado Parliamentary Assembly Council of Europe, en un informe emitido en el 2008, apunta que el 15% de los adolescentes que han tenido una tentativa de suicidio son reincidentes y el 75% no son hospitalizados. Además, informan que la tasa de suicidas adolescentes es más elevada entre jóvenes lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales.

Chávez, Macías, Palatto y Ramírez (2004) realizaron en México, un análisis de mensajes póstumos que dejaron 116 de 747 víctimas entre 1995 y 2001, encontrando que el 73% de quienes expusieron sus motivos de muerte aludieron “no tener objetivos para vivir”; 46.7% tenía una edad entre 20 y 29 años y 36.4% era menor de 20. Un segundo análisis, que próximamente publicaran estos autores, mostrará cambios sustanciales, como que el rango de edad de los suicidas bajó significativamente, a la par que crecieron las menciones de no tener objetivos para vivir. Estas evidencias sugieren que el problema del suicidio no puede ser considerado como un trastorno mental, es decir, una psicopatología de etiología intrínseca que determina el comportamiento suicida, sino que por el contrario el suicidio es un comportamiento multideterminado en el que inciden factores culturales, sociales y psicológicos.

La adopción de una estructura explicativa multifactorial del suicidio implica necesariamente una concepción de campo en donde el comportamiento psicológico tiene que ser descrito como una organización funcional y no como un simple síntoma para buscar supuestos determinantes internos o externos que lo producen. Desde nuestra perspectiva, una concepción de campo exige la exclusión de principios psíquicos e internos, pues la construcción del campo psicológico se debe derivar de la conducta real de los organismos con objetos y eventos en condiciones específicas. Esta postura, no destaca como objeto de análisis a ciertas formas funcionales de actividad del organismo, sino que pone de relieve la interacción misma entre el organismo y el ambiente como centro de interés teórico (Ribes, y López, 1985).

En una teoría de campo, los eventos se consideran como interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas, por lo que las concepciones en términos de principios y propiedades de los objetos o eventos no son necesarias en el campo explicativo. En otras palabras, las modernas concepciones en Psicología deberán de abandonar la noción de que lo psicológico y/o sus supuestos procesos (emoción, aprendizaje, percepción, etc.) sean algo que le sucede a un organismo o algo que sucede en el organismo; en vez de esto, se considera que cualquier cambio conductual es un cambio en el campo total. Esto es especialmente relevante considerarlo en caso del suicidio ya que, además del impacto psicológico y social que genera, afecta directamente a otras personas. La OMS (2000), señala

que en promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos otras seis personas y en caso de ocurrir en una institución educativa o en el sitio de trabajo, el impacto se extiende.

El suicidio es, sin duda un comportamiento complejo producto de una multiplicidad de factores que la investigación en el tema aun no termina de precisar y que sin embargo representa el punto culminante y fatal en la vida de muchas personas. Sin duda, las tesis que contemplan al suicidio como una decisión íntima, producto de la sola voluntad o convicción del individuo pertenecen a teorías obsoletas. El considerar al suicidio como un fenómeno multifactorial, ha permitido la evolución de teorías fatalistas y deterministas hacia la construcción teórica de modelos explicativos psicosociales que permitan evaluar desde diversos contextos y dimensiones los factores que inciden directa e indirectamente en el suicidio.

● **La ideación suicida como primer eslabón del suicidio**

El consenso casi generalizado de definir al suicidio como un proceso compuesto por diversas acciones que inicia con la ideación suicida (Dias de Mattos, et al. 2010) ha propiciado que el interés de la comunidad científica sobre esta temática se incremente en los últimos años. En México, Jiménez y González-Forteza (2003) destacan que entre 1982 y 2003 la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), publicó 56 trabajos de investigación sobre suicidio, de los cuales el 30% de los trabajos se concentró en la ideación suicida.

Posteriormente, este mismo instituto publicó un conjunto de trabajos que abarcaban de los años 2003 a 2010 sobre epidemiología psiquiátrica, producto de una iniciativa internacional coordinada por la OMS para evaluar trastornos mentales, donde se señalaba que el 17% de las investigaciones referían como tema principal el suicidio (INPRF, 2011).

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida. Consideramos que estas dos concepciones sobre la ideación suicida que tienen como característica similar el ser conceptualmente inespecíficas, tienen problemas para su operacionalización. Sin embargo, Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte.

El suicidio se conceptualiza de esta forma como un proceso, pues éste implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática. Algunos autores como por ejemplo Miranda, et al., (2009) señalaron cinco etapas aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales:

- 1) Ideación suicida pasiva
- 2) Contemplación activa del propio suicidio
- 3) Planeación y preparación
- 4) Ejecución del intento suicida
- 5) El suicidio consumado.

Generalmente la ideación suicida se considera como una entidad de naturaleza interna a la que, de acuerdo a los cánones tradicionalistas en Psicología se le atribuye una relación causal reduccionista-determinista (Mondragón, et al., 1998).

Aun y cuando diversos autores señalan que el suicidio es un fenómeno multideterminado y que la ideación suicida está contemplada como uno de los factores principales, se sigue destacando su carácter fenomenológico (Jiménez y González-Forteza, 2003; Serrano y Flores, 2005). Desde una perspectiva de campo en psicología en donde la naturaleza o propiedades de los factores no son necesarias en la explicación de los fenómenos, la ideación suicida sería considerada como una variable latente. Las variables latentes, son construcciones

o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de objetos, eventos o acciones.

Sin embargo, el considerar que las variables latentes no son observables a simple vista, no presupone aceptar la noción mentalista clásica de que estos constructos sean entidades internas .

Desde esta perspectiva las variables latentes se definen operacionalmente en términos de comportamientos que deben representarlas. En el caso de la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento prístino y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos). En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio.

Por otra parte, el intento suicida, definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo (Amezcu, 2003), forma parte de este eslabón que se inicia con una idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, aunque la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal. En relación a la prevalencia de comportamiento suicida no mortal al igual que en el suicidio consumado, es difícil contar con datos fidedignos puesto que las personas que intentan suicidarse comúnmente no acuden a los centros de salud por diversas razones, que van desde aspectos culturales hasta limitantes legales, ya que en algunos países en desarrollo aún se considera el intento suicida como un delito. Una investigación realizada por Kjoller y Helveg-Larsen (2000) menciona que en promedio, solo cerca del 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público y estos casos no son necesariamente los más graves.

De acuerdo a datos proporcionados por McIntosh, et al. (1994), el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores. Estos investigadores estimaron que la razón entre el comportamiento suicida mortal y el no mortal en los mayores de 65 años es del orden de 1:2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1:100-200. En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (Moscicki, 1995).

La tasa elevada de prevalencia entre los jóvenes de comportamiento suicida no mortal aunada a la falta de registros sobre este comportamiento que dificulta la obtención de datos útiles para fines de investigación y de prevención del suicidio, nos llevan a incursionar en el análisis de la ideación suicida en adolescentes como una fuente que nos permita encontrar factores de riesgo de suicidio. De lo anteriormente expuesto, la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a esta, resultan de particular importancia en la prevención del suicidio.

2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General

El alto nivel de ideación suicida se encuentra de manera significativa en adolescentes de educación secundaria con estilo de afrontamiento improductivo.

2.3.2 Hipótesis Específicas

- ① Un estilo de afrontamiento centrado en problemas, tiende a presentar niveles bajos en todas las dimensiones de Ideación suicida.
- ② Un estilo de afrontamiento referido a los demás, tiende a presentar niveles bajos en las dimensiones “Actitud hacia la vida/muerte” y “Pensamientos/deseos suicidas”; niveles altos en las dimensiones “Proyecto de Intento suicida” y “Realización del intento proyectado”.
- ③ Un estilo de afrontamiento improductivo, tiende a presentar niveles altos en todas las dimensiones de ideación suicida.

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y CONCEPTOS

2.4.1 Definición de Conceptos

Estilos de afrontamiento

Conjunto de expresiones cognitivas y respuestas afectivas y conductuales que surgen como respuesta a una preocupación específica, esta reacción representan un intento por restaurar el equilibrio o reducir la perturbación para el individuo, lo que puede hacerse resolviendo el problema, es decir, cambiando el estímulo o, acomodándose a la preocupación sin, necesariamente, dar una solución.

Ideación suicida

Ideas que los individuos tienen las cuales forman parte de su repertorio cognitivo y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar primordial en la vida del sujeto, que podría idear planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento.

2.4.2 Definición operacional

Estilos de afrontamiento

Se evaluará en función a 18 modos de afrontamiento, estructurados en un resultado cualitativo final de tres estilos de afrontamiento al estrés: Estilo 1: Dirigido a resolver el problema; Estilo 2: Afrontamiento no productivo (Non-productive coping); Estilo 3: Referencia a otros (Reference toothers). Cada uno de estos estilos, serán determinados según niveles de presencia (Poca, moderada y clara).

Ideación suicida

Se evaluará según las características de las actitudes hacia la vida / muerte, características de los pensamientos o deseos suicidas, características de intento de suicidio y actualización del intento proyectado. Finalmente, en términos generales, será categorizado en los niveles de alto medio y bajo respecto a la ideación suicida.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de enfoque cuantitativo comparativo, es de tipo descriptivo correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación o grado que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.81).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó bajo los lineamientos del diseño no experimental, de corte transversal, puesto que la investigación no es experimental se realiza sin manipular deliberadamente variables y en un solo momento, en un tiempo único. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.151).

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está conformada por adolescentes que cursan desde el primero al quinto año de secundaria y pertenecen a la jurisdicción de la UGEL Santa-Chimbote cuya población adolescente asciende a 12367 aproximadamente.

3.4 TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño mínimo necesario de la muestra fue calculada a través de la técnica de determinación muestra para una sola población.

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| $n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$ | | $\Rightarrow n_o = \frac{Z^2}{4E^2}$ | |
| n | = Tamaño de la muestra | n _o | = Tamaño de la muestra sin ajustar |
| N | = Tamaño de población | E | = Error (5%)... 0.05 |
| | | Z | = Valor de la distribución normal |
| | | | 95 % ---- 1,96 |
| | | | 99 % ---- 2,58 |

$$n = \frac{\frac{Z^2}{4E^2}}{1 + \frac{\frac{Z^2}{4E^2}}{N}} = \frac{\frac{1.96^2}{4(0.05)^2}}{1 + \frac{\frac{1.96^2}{4(0.05)^2}}{12\,367}} = 373$$

Finalmente, la muestra asciende a un tamaño de 373 alumnos. No obstante, fue posible acceder a 150 alumnos más, haciendo un total de 523 participantes del estudio. Se recurrió al tipo de muestreo aleatorio estratificado según edad y sexo.

| Variable de estratificación | | Población | Estrato |
|-----------------------------|--------|-----------|---------|
| Edad | Sexo | | |
| 12 años | Hombre | 1182 | 50 |
| | Mujer | 1064 | 45 |
| 13 años | Hombre | 922 | 39 |
| | Mujer | 757 | 32 |
| 14 años | Hombre | 1017 | 43 |
| | Mujer | 1182 | 50 |
| 15 años | Hombre | 1797 | 76 |
| | Mujer | 1679 | 71 |
| 16 años | Hombre | 1040 | 44 |
| | Mujer | 1159 | 49 |
| 17 años | Hombre | 260 | 11 |
| | Mujer | 307 | 13 |

1 Criterios de inclusión de la muestra

- Sujetos inscritos en los centros educativos seleccionados que cursen el primero a quinto año de educación secundaria cuyas edades estén comprendidas entre 12 y 17 años al inicio del estudio.
- Aquéllos que de manera voluntaria acepten llenar el instrumento.
- Aquéllos que de manera correcta y sin omisiones completen el instrumento.

2 Criterios de exclusión de la muestra

- Aquéllos que muestren respuestas contradictorias o discordantes entre las preguntas planteadas en el instrumento.
- Aquellos que a la entrevista presenten diagnóstico de enfermedad psicopatológica o neurológica.
- Sujetos inscritos en los centros educativos seleccionados que cursaban del primero a quinto año de educación secundaria cuyas edades eran menores a 12 años y de 18 años o mayores al inicio del estudio.

3.5 INSTRUMENTOS

3.5.1 Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Adolescent Coping Scale, ACS)

El ACS fue elaborado por Frydenberg y Lewis (1993) en Australia, y luego traducido y validado por Pereña y Seisdedos (1995) en España, y adaptado en Perú por Canessa (2002) en un estudio realizado en Lima Metropolitana en 1236 escolares de ambos sexos en edades de 14 a 17 años ; este instrumento tanto de investigación como de terapia y orientación, permite a los jóvenes examinar sus propias conductas de afrontamiento. El instrumento se aplica a adolescentes entre 12 y 18 años de edad en su versión original.

El ACS puede ser administrado en forma individual y colectiva, normalmente, se tarda aproximadamente 10 minutos para contestar el inventario y el tiempo total de aplicación, incluyendo las instrucciones y la explicación del objetivo de la prueba, no suele superar los 15 minutos.

El ACS es un inventario de auto informe consta de 79 ítems de tipo cerrado y uno final abierto, que permite evaluar con fiabilidad 18 escalas o estrategias de afrontamiento que se han identificado conceptual y empíricamente. Los reactivos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos:

- No me ocurre nunca o no lo hago.
- Me ocurre o lo hago raras veces.
- Me ocurre o lo hago algunas veces.
- Me ocurre o lo hago a menudo.
- Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

El ACS consta de dos formas: una forma específica, que permite evaluar las respuestas a un problema particular citado por el sujeto o propuesto por el examinador, y una forma general, forma utilizada en esta investigación y que refiere cómo el sujeto afronta sus problemas en general. Ambas formas contienen los mismos ítems, aunque varían en las instrucciones de aplicación.

En la versión original de la prueba existe, también, una forma abreviada de la escala con sólo 18 ítems, uno por cada subescala, sin embargo, en la versión española no se ha considerado esta forma, ya que la escala completa es de simple aplicación y el tiempo requerido es muy breve.

Cada una de las 18 escalas del ACS tiene diferente número de reactivos. Así, las primeras nueve escalas cuentan con cinco reactivos, las siete siguientes tienen cuatro reactivos y las dos últimas sólo cuentan con tres reactivos. Estas son las que se citan a continuación (Frydenberg & Lewis,1977b;1999):

- **Buscar pertenencia (Pe).**

Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, por lo que otros piensan. Ejemplo: “Mejorar mi relación personal con los demás”.

- **Hacerse ilusiones (Hi).**

Es la estrategia expresada por ítems basados en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz. Ejemplo: “Esperar a que ocurra algo mejor”.

- **Falta de afrontamiento (Na).**

Son ítems que reflejan la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicossomáticos. Ejemplo: “No tengo forma de afrontar la situación”.

- **Reducción de la tensión (Rt).**

Se caracteriza por ítems que reflejan un intento por sentirse mejor y de relajar la tensión. Ejemplo: “Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas”.

- **Acción social (So).**

Consiste en dejar que otros conozcan cual es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. Ejemplo: “Unirme a gente que tiene el mismo problema”.

- **Ignorar el problema (Ip).**

Agrupar ítems que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él. Ejemplo: “Ignorar el problema”.

- **Autoinculparse (Cu).**

Incluye conductas que indican si el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene. Ejemplo: “Sentirme culpable”.

- **Reservarlo para sí (Re).**

Es la estrategia expresada por ítems que reflejan al sujeto huyendo de los demás porque no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo: “Guardar mis sentimientos para mí solo”.

- **Buscar apoyo espiritual (Ae).**

Está compuesto por ítems que reflejan una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios. Ejemplo: “Dejar que Dios se ocupe de mi problema”.

- **Fijarse en lo positivo (Po).**

Se caracteriza por ítems que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: “Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas”.

- **Buscar ayuda profesional (Ap).**

Es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros. Ejemplo: “pedir consejo a una persona competente”.

- **Buscar diversiones relajantes (Dr).**

Se caracteriza por ítems que describen actividades de ocio y relajantes, como leer o pintar. Ejemplo: “Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión”.

- **Distracción física (Fi).**

Consta de ítems que se refieren a la dedicación, al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. Ejemplo: “Mantenerme en forma y con buena salud”. Estas 18 escalas se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento, ya descritos anteriormente:

- Estilo 1: Dirigido a resolver el problema (Solve the problema).
- Estilo 2: Afrontamiento no productivo (Non-productive coping).
- Estilo 3: Referencia a otros (Reference to others).

Los pasos a seguir para la corrección del ACS son los siguientes:

- Obtener puntuación total para cada escala, sumando los puntos obtenidos en cada uno de los cinco, cuatro o tres ítems de que consta la escala, y anotarla en la casilla de puntuación total.
- Si algún sujeto ha dejado algún ítem en blanco se le pedirá que complete la prueba y si ello no es posible se puntuará este ítem como tres porque ello implica menor distorsión de los resultados que dejarlo en blanco y, por lo tanto, valorarlo con un cero.
- Si el sujeto ha dejado dos o más elementos en blanco en una escala, se debe dejar dicha escala sin valorar.
- Las respectivas puntuaciones totales se multiplican por el coeficiente indicado en la hoja de respuestas y el resultado se anotará en la casilla de Puntuación ajustada.
- Las puntuaciones ajustadas pueden trasladarse a la hoja de perfil.

1) Validez del instrumento

Para analizar la validez de constructo, es decir hasta qué punto los ítems evalúan las 18 estrategias de afrontamiento, diferentes pero relacionadas entre sí, se utilizó el análisis factorial a través del método de los componentes principales con rotación oblicua oblmin. La rotación oblicua fue usada debido a la idea de que las subescalas podrían no ser enteramente ortogonales o independientes. Es decir, se planteó la hipótesis de que, aunque el afrontamiento puede considerarse como un conjunto de diversas áreas o estrategias, cada una con diferentes tipos de acciones, esas estrategias no deberían considerarse como carentes de relación entre sí.

Para realizar este análisis se agruparon, en primer lugar, los ítems o elementos en función de las escalas para las que se habían elaborado. Luego, los 18 grupos

se asignaron aleatoriamente a tres categorías cada una de las cuales incluía todos los elementos correspondientes a seis estrategias diferentes. Por último, se hicieron tres análisis factoriales en cada grupo de ítems de las categorías respectivas, usando las respuestas dadas por los sujetos de la muestra (Frydenberg y Lewis, 1996a; 1997b).

Luego de realizar estos tres análisis factoriales, se encontró que las 18 escalas tuvieron validez de constructo, apoyándose así la existencia de dichas dimensiones. Con respecto a la confiabilidad, se encontró que en ambos estudios las respuestas a los ítems tuvieron suficiente estabilidad. Solamente en dos escalas de la forma específica: Buscar diversiones relajantes y Distracción física, la fiabilidad interna fue inferior a 65 y en ambos casos se trató de escalas con sólo tres reactivos. Esto pudo deberse, según los autores, a que los adolescentes no consideraron la forma de afrontar un problema concreto, sino la forma de afrontar dificultades en un contexto más general (Frydenberg y Lewis, 1996a; 1997b).

2) Fiabilidad del instrumento

El ACS alcanzó coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre .62 y .87 ($M = .73$) en la forma específica, y entre .54 y .84 ($M = .71$) en la forma general (Frydenberg, 1997a).

Además, se encontró que las correlaciones test-retest fueron más moderadas que altas. Alrededor del 50% de los coeficientes fueron inferiores a .70 tanto en la forma general como en la forma específica. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la estabilidad de respuesta no es enteramente una manera apropiada de evaluar la confiabilidad de las respuestas de afrontamiento de los estudiantes, desde que el afrontamiento es considerado como un fenómeno dinámico. Las confiabilidades test-retest para las subescalas variaron de .49 a .82 ($M = .68$) en la forma específica, y de .44 a .84 ($M = .69$) en la forma general (Frydenberg y Lewis, 1996; 1997a).

A partir de lo revisado, se llevó a cabo una investigación de tipo psicométrica con el fin de realizar la estandarización de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) en un grupo de escolares de diferente sexo, edad y nivel socioeconómico; el análisis factorial realizado según el método de los componentes principales y la rotación oblicua oblmin fue llevado a cabo en tres etapas o muestras de ítems, como en la versión original el análisis factorial indicó la existencia de seis factores, los cuales permitieron explicar el 50,2% de la varianza total (Cannesa 2002).

Este y otros estudios apoyan la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala.

En el estudio sobre fiabilidad realizado por los autores sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad íter examinador de 0.83.

3.5.2 Escala de Ideación Suicida de Beck, 1978

La Escala de Ideación Suicida (Scalefor Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada,) creada por A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1978); estandarizada en Perú por Eugenio y Zelada (2011). Permite cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse.

Es una entrevista semi estructurada que consta de 19 ítems con duración de 5 a 10 minutos donde el paciente deberá marcar la opción que más se asemeje a sus pensamientos; siendo 0=ausente y 2=máxima intensidad. El paciente debe contestar todos los ítems.

Es una escala de 19 ítems que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan divididas en varias secciones que recogen una serie de características:

- Características de las actitudes hacia la vida/muerte

- Características de los pensamientos o deseos suicidas
- Características de intento de suicidio
- Actualización del intento proyectado

Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en los que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

1) Interpretación

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida y, no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen un valor descriptivo que no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor a 1 es indicativa de riesgo de suicidio, en un estudio realizado en nuestro país, la puntuación media (y desviación estándar) en pacientes ingresados en una unidad hospitalaria de psiquiatría por tentativa o ideación suicida fue de 13.5 (6.9).

Esta escala es un instrumento útil en la investigación, tanto como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida, como de variable dependiente, posibilitando cuantificar el cambio producido por el tratamiento^{1,4}. En la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas y, puede servir de ayuda en la valoración clínica de la conducta suicida.

El valor de esta escala es limitado, ya que se sabe poco sobre las causas y los patrones de transición de la ideación suicida al intento de suicidio y, del intento de suicidio al suicidio y, sobre los factores que precipitan estas transiciones o que protegen frente a ellas. La ideación suicida es un elemento más a considerar en la valoración del riesgo suicida, en la que el juicio clínico juega un papel determinante; por tanto, el resultado de esta escala no debe ser utilizado como único criterio en esa valoración.

Por sus características, no es útil en estudios epidemiológicos o de cribado, donde se tiende a utilizar cuestionarios más simplificados, tampoco es útil para evaluar la seriedad de la intencionalidad suicida en los casos de tentativa de suicidio, donde deben aplicarse otras escalas

2 Confiabilidad

El cálculo de confiabilidad se llevó a cabo mediante el alfa de Cronbach tanto para la muestra total como para cada sexo. Para establecer los criterios de calidad; en cuanto a fiabilidad presenta una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96 y una fiabilidad ínter examinador de 0.83 para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de intensidad con la que alguien pensó o está pensando suicidarse.

3 Validez

La validez de constructo se llevó a cabo mediante el análisis factorial, donde deben aplicarse otras escalas. Para la muestra total (considerando hombres y mujeres) el alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.76 Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Varianza explicada para cada factor: primero 26.59%, segundo 23.58%. El alfa de Cronbach para los hombres fue de 0.70. El análisis factorial arrojó tres factores, con una varianza total explicada de 61.46%, el tercer componente o factor 13.44%. Varianza total explicada de 64.61%. El alfa de Cronbach para las mujeres fue de 0.83. La varianza total explicada fue de 59.59%. Los factores encontrados fueron dos.

La escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios solo una de ellas reporta las características psicométricas de dicha escala (González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González, 2000). Los autores reportaron un alfa de Cronbach de 0.84, y mediante el análisis factorial el agrupamiento de los reactivos de acuerdo a la escala original, es decir cuatro factores.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados con apoyo del software IBM SPSS 22, con la finalidad de emplear los estadísticos respectivos para dar rigor científico a los resultados que atienden a los objetivos de investigación. Entre las principales técnicas estadísticas se tuvieron:

A) Estadística descriptiva

Fundamentalmente se utilizaron las medidas de tendencia central, dispersión, tablas y gráficos, esto permitió conocer y entender la forma cómo se comportaron los datos con cada variable.

B) Prueba no paramétrica Chi cuadrado (X^2).

Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, no consideradas relaciones causales. La Chi cuadrado cuadrada se calcula por medio de una tabla de contingencias o tabulación cruzada, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías.

Dado que en la distribución de los datos, algunos no se ajustaron a la normalidad, fue necesario aplicar esta prueba para conocer la independencia o no entre las variables y conocer, si hubiera dependencia, las categorías identificadas.

| | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------|
| $X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$ | Ho = Independencia | Coeficientes Asociación |
| | H1 = Dependencia | Phi, V Cramer (V. Nominales) |
| | Si $p \leq 0.05 \rightarrow$ Rechazo Ho | d de Somers (Variable Ordinal) |
| | g.l. = (Tf - 1) (Tc - 1) | |

4.2. RESULTADOS

Luego de procesar los resultados para dar respuesta al problema planteado en este estudio, presentamos los principales resultados que atienden a los objetivos de la investigación.

En este capítulo se organiza la información de tal manera que primero se expondrán los resultados que presenta la relación entre las dos variables medulares de la investigación. Dado que son variables categóricas, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado con la finalidad de determinar si existe dependencia entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida. Así mismo, puesto que dichas categorías se presentan de manera ordinal, se aplicó la prueba d de Somer con la finalidad de conocer la dirección y el grado de asociación entre dichas variables.

De manera similar se evalúa la relación entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones de ideación suicida porque además de ser categóricas se presentan de manera ordinal.

Finalmente, se realiza la evaluación de los estilos de afrontamiento según las variables sociodemográficas, donde, también, se utiliza la prueba de dependencia Chi cuadrado.

Tabla 1: Relación entre los estilos de afrontamiento en la solución del problema y la ideación suicida

| | | | Ideación Suicida | | | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|------------------|----------|--------|--------|
| | | | Bajo | Moderada | Alto | |
| Solución del problema | Poca | f | 12 | 29 | 13 | 54 |
| | | % fila | 22,2% | 53,7% | 24,1% | 100,0% |
| | | % columna | 4,6% | 14,0% | 24,5% | 10,3% |
| | | Res. Tip. | -2,9 | 1,6 | 3,2 | |
| | Moderada | f | 123 | 128 | 29 | 280 |
| | | % fila | 43,9% | 45,7% | 10,4% | 100,0% |
| | | % columna | 46,8% | 61,8% | 54,7% | 53,5% |
| | | Res. Tip. | -1,5 | 1,6 | ,1 | |
| | Clara | f | 128 | 50 | 11 | 189 |
| | | % fila | 67,7% | 26,5% | 5,8% | 100,0% |
| | | % columna | 48,7% | 24,2% | 20,8% | 36,1% |
| | | Res. Tip. | 3,4 | -2,9 | -1,9 | |
| Total | f | 263 | 207 | 53 | 523 | |
| | % fila | 50,3% | 39,6% | 10,1% | 100,0% | |
| | % columna | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

$$X^2=49.587; \text{gl}=4; p=0.000 // d \text{ de Somer} = -0.276; p=0.000$$

En la tabla 1, puede observarse que la valoración de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, la cual indica que la relación evaluada es significativa ($p=0.000$), según los residuos tipificados, los evaluados con poca preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en la solución de problemas, tienden a tener una ideación suicida en un nivel moderado y alto. Esta relación se confirma con los resultados de la d de Somer (-0.276) que indica que dicha relación es significativa ($p=0.000$), inversa a nivel medio débil, es decir, cuanto mayores sean los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en la solución de problemas, menores serán los niveles de ideación suicida.

Tabla 2: Relación entre los estilos de afrontamiento en la relación con los demás y la ideación suicida.

| | | Ideación Suicida | | | Total | |
|------------------------|----------|------------------|----------|--------|--------|--------|
| | | Bajo | Moderada | Alto | | |
| Relación con los demás | Poca | f | 23 | 14 | 8 | 45 |
| | | % fila | 51,1% | 31,1% | 17,8% | 100,0% |
| | | % columna | 8,7% | 6,8% | 15,1% | 8,6% |
| | | Res. Tip. | ,1 | -,9 | 1,6 | |
| | Moderada | f | 231 | 179 | 41 | 451 |
| | | % fila | 51,2% | 39,7% | 9,1% | 100,0% |
| | | % columna | 87,8% | 86,5% | 77,4% | 86,2% |
| | | Res. Tip. | ,3 | ,0 | -,7 | |
| | Clara | f | 9 | 14 | 4 | 27 |
| | | % fila | 33,3% | 51,9% | 14,8% | 100,0% |
| | | % columna | 3,4% | 6,8% | 7,5% | 5,2% |
| | | Res. Tip. | -1,2 | 1,0 | ,8 | |
| | Total | f | 263 | 207 | 53 | 523 |
| | | % fila | 50,3% | 39,6% | 10,1% | 100,0% |
| | | % columna | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

$$X^2=7.134; gl=4; p=0.129 // d \text{ de Somer} = 0.028; p=0.041$$

En la tabla 2, según la valoración de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, puede observarse que no existe relación significativa entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en relación con los demás y los niveles de ideación suicida ($p=0.129$).

Tabla 3: Relación entre los estilos de afrontamiento improductivos y la ideación suicida.

| | | Ideación Suicida | | | Total | |
|--------------|-----------|------------------|----------|--------|--------|--------|
| | | Bajo | Moderada | Alto | | |
| Improductivo | Poca | f | 101 | 20 | 9 | 130 |
| | | % fila | 77,7% | 15,4% | 6,9% | 100,0% |
| | | % columna | 38,4% | 9,7% | 17,0% | 24,9% |
| | | Res. Tip. | 4,4 | -4,4 | -1,1 | |
| | Moderada | f | 162 | 187 | 0 | 349 |
| | | % fila | 46,4% | 53,6% | 0,0% | 100,0% |
| | | % columna | 61,6% | 90,3% | 0,0% | 66,7% |
| | | Res. Tip. | -1,0 | 4,2 | -5,9 | |
| | Clara | f | 0 | 0 | 44 | 44 |
| | | % fila | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % columna | 0,0% | 0,0% | 83,0% | 8,4% |
| | | Res. Tip. | -4,7 | -4,2 | 18,7 | |
| Total | f | 263 | 207 | 53 | 523 | |
| | % fila | 50,3% | 39,6% | 10,1% | 100,0% | |
| | % columna | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

$$X^2=483.849; gl=4; p=0.000 // d \text{ de Somer} = 0.455; p=0.000$$

En la tabla 3, la valoración de probabilidad de la prueba Chi cuadrado ($p=0.000$) señala que la relación es significativa entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo y los niveles de ideación suicida. Según los residuos tipificados los evaluados que tienen poca preferencia del estilo mencionado, tienden a tener un bajo nivel de ideación suicida; los que tienen un nivel moderado del estilo improductivo, tienden a tener un moderado nivel de ideación suicida; y los que tienen una clara preferencia por este estilo, tienden a tener un alto nivel de ideación suicida. Esta relación se confirma con las valoraciones de la prueba d de Somer (0.455), las cuales indican que la relación es significativa ($p=0.000$), directa en un nivel medio débil; es decir, cuanto mayores sean los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo, mayores serán los niveles de ideación suicida.

Tabla 4: Relación entre el estilo de afrontamiento enfocado a resolver el problema y las dimensiones de Ideación suicida

| | | Solución del problema | | | Total | Chi cuadrado |
|------------------------------------|----------|-----------------------|----------|-------|-------|---|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| Actitud hacia la vida | Baja | f | 33 | 212 | 161 | X ² =15.786 gl=4 p=0.003 d de Somer -0.150 p=0.000 |
| | | R. T. | -1,4 | -,4 | 1,2 | |
| | Moderada | f | 16 | 55 | 21 | |
| | | R. T. | 2,1 | ,8 | -2,1 | |
| | Alta | f | 5 | 13 | 7 | |
| | | R. T. | 1,5 | -,1 | -,7 | |
| Pensamientos/deseos suicidas | Baja | f | 24 | 200 | 145 | X ² =27.665 gl=4 p=0.000 d de Somer -0.157 p=0.000 |
| | | R. T. | -2,3 | ,2 | 1,0 | |
| | Moderada | f | 25 | 61 | 42 | |
| | | R. T. | 3,2 | -,9 | -,6 | |
| | Alta | f | 5 | 19 | 2 | |
| | | R. T. | 1,4 | 1,4 | -2,4 | |
| Proyecto de Intento suicida | Baja | f | 23 | 155 | 139 | X ² =50.258 gl=4 p=0.000 d de Somer -0.212 p=0.000 |
| | | R. T. | -1,7 | -1,1 | 2,3 | |
| | Moderada | f | 17 | 111 | 40 | |
| | | R. T. | -,1 | 2,2 | -2,7 | |
| | Alta | f | 14 | 14 | 10 | |
| | | R. T. | 5,1 | -1,4 | -1,0 | |
| Realización del intento proyectado | Baja | f | 16 | 193 | 155 | X ² =211.905 gl=4 p=0.000 d de Somer -0.304 p=0.000 |
| | | R. T. | -3,5 | -,1 | 2,0 | |
| | Moderada | f | 13 | 84 | 34 | |
| | | R. T. | -,1 | 1,7 | -1,9 | |
| | Alta | f | 25 | 3 | 0 | |
| | | R. T. | 13,0 | -3,1 | -3,2 | |

En la tabla 4, se presenta el análisis de dependencia entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en la solución del problema y las dimensiones de la variable Ideación suicida. Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, señalan que el estilo de afrontamiento evaluado se relaciona de manera significativa con las dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado

Según los residuos tipificados, los evaluados que presentan poca preferencia por estilo de afrontamiento enfocado en la solución de problema, suelen presentar niveles de moderado con tendencia alta de actitud hacia la vida/muerte y para los pensamientos y deseos suicidas; además, se asocian notablemente con niveles altos de proyecto del intento suicida y la realización de dicho proyecto. Los evaluados que tienen una preferencia moderada por el estilo de

afrontamiento estudiado, suelen presentar niveles altos de pensamientos/deseos suicidas y, niveles moderados de proyecto y ejecución del mismo sobre el intento de suicidio. Finalmente, los evaluados que tienen una clara preferencia de este estilo de afrontamiento, están notablemente asociados con niveles bajos en todas las dimensiones de la variable ideación suicida.

Esta relación, se confirma con los resultados del estadístico d de Somer, cuyos valores negativos, señalan una relación inversa y significativa ($p=0.000$) entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en la solución del problema y los niveles de las dimensiones de la variable Ideación suicida. Es decir, cuanto mayor sea el nivel de preferencia de este estilo de afrontamiento, menores serán los niveles de actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado.

Tabla 5: Relación entre el estilo de afrontamiento enfocado en relación a los demás y las dimensiones de Ideación suicida

| | | En relación con los demás | | | Total | Chi cuadrado |
|---------------------------------|----------|---------------------------|----------|-------|-------|--|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| Actitud hacia la vida | Baja | f | 30 | 354 | 22 | $X^2=3.947$ $gl=4$ $p=0.413$ d de Somer -0.073 $p=0.105$ |
| | | R. T. | -.8 | .2 | .2 | |
| | Moderada | f | 11 | 77 | 4 | |
| | | R. T. | 1,1 | -.3 | -.3 | |
| | Alta | f | 4 | 20 | 1 | |
| | | R. T. | 1,3 | -.3 | -.3 | |
| Pensamientos/deseos suicidas | Baja | f | 31 | 320 | 18 | $X^2=3.984$ $gl=4$ $p=0.408$ d de Somer 0.009 $p=0.830$ |
| | | R. T. | -.1 | .1 | -.2 | |
| | Moderada | f | 14 | 106 | 8 | |
| | | R. T. | .9 | -.4 | .5 | |
| | Alta | f | 0 | 25 | 1 | |
| | | R. T. | -1,5 | .5 | -.3 | |
| Proyecto de Intento suicida | Baja | f | 30 | 268 | 19 | $X^2=45.537$ $gl=4$ $p=0.000$ d de Somer -0.042 $p=0.329$ |
| | | R. T. | .5 | -.3 | .7 | |
| | Moderada | f | 2 | 158 | 8 | |
| | | R. T. | -3,3 | 1,1 | -.2 | |
| | Alta | f | 13 | 25 | 0 | |
| | | R. T. | 5,4 | -1,4 | -1,4 | |
| Realización del intento suicida | Baja | f | 31 | 312 | 21 | $X^2=24.860$ $gl=4$ $p=0.000$ d de Somer -0.050 $p=0.243$ |
| | | R. T. | -.1 | -.1 | .5 | |
| | Moderada | f | 5 | 120 | 6 | |
| | | R. T. | -1,9 | .7 | -.3 | |
| | Alta | f | 9 | 19 | 0 | |
| | | R. T. | 4,2 | -1,0 | -1,2 | |

En la tabla 5, se exponen los resultados de la evaluación de dependencia entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en los demás, y

los niveles de las dimensiones de la variable Ideación suicida. Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, señala que no existe relación significativa entre los niveles del estilo de afrontamiento estudiado y los niveles de las dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte ($p=0.413$) y Pensamientos/deseos suicidas ($p=0.408$). No así con las dimensiones: Proyecto de Intento suicida ($p=0.000$), Realización del intento proyectado ($p=0.000$); donde los residuos tipificados señalan una clara asociación entre los niveles bajos de preferencia de este estilo de afrontamiento con los niveles altos de: Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado; así mismo, los niveles moderados de preferencia de este estilo de afrontamiento se asocian notablemente con los niveles moderados de la dimensión: Proyecto de Intento suicida.

Las valoraciones del estadístico d de Somer, no señala un grado de asociación significativo entre los niveles evaluados.

Tabla 6: Relación entre el estilo de afrontamiento improductivo y las dimensiones de Ideación suicida

| | | Improductivo | | | Total | Chi cuadrado |
|------------------------------------|----------|--------------|----------|-------|-------|------------------------------------|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| Actitud hacia la vida/muerte | Baja | f | 112 | 282 | 406 | $X^2=110.295$ gl=4 $p=0.000$ |
| | | R. T. | 1,1 | -3,8 | | |
| | Moderada | f | 12 | 62 | 92 | d de Somer 0.250 $p=0.000$ |
| | | R. T. | -2,3 | 3,7 | | |
| | Alta | f | 6 | 5 | 25 | |
| | | R. T. | -,1 | -2,9 | | |
| Pensamientos/deseos suicidas | Baja | f | 108 | 249 | 369 | $X^2=82.317$ gl=4 $p=0.000$ |
| | | R. T. | 1,7 | -3,4 | | |
| | Moderada | f | 15 | 93 | 128 | d de Somer 0.249 $p=0.000$ |
| | | R. T. | -3,0 | 2,8 | | |
| | Alta | f | 7 | 7 | 26 | |
| | | R. T. | ,2 | -2,5 | | |
| Proyecto de Intento suicida | Baja | f | 108 | 209 | 317 | $X^2=121.124$ gl=4 $p=0.000$ |
| | | R. T. | 3,3 | -5,2 | | |
| | Moderada | f | 14 | 125 | 168 | d de Somer 0.363 $p=0.000$ |
| | | R. T. | -4,3 | 4,0 | | |
| | Alta | f | 8 | 15 | 38 | |
| | | R. T. | -,5 | -2,1 | | |
| Realización del intento proyectado | Baja | f | 116 | 245 | 364 | $X^2=116.150$ gl=4 $p=0.000$ |
| | | R. T. | 2,7 | -5,0 | | |
| | Moderada | f | 6 | 93 | 131 | d de Somer 0.354 $p=0.000$ |
| | | R. T. | -4,7 | 6,3 | | |
| | Alta | f | 8 | 11 | 28 | |
| | | R. T. | ,4 | -1,8 | | |

En la tabla 6, se ofrecen los resultados de la evaluación de dependencia entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo y los niveles

de las dimensiones de la variable Ideación suicida. Según la probabilidad obtenida de la prueba Chi cuadrado, existe una dependencia significativa ($p=0.000$) entre los niveles del estilo de afrontamiento estudiado y las dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado.

Según los residuos tipificados, los evaluados con poca preferencia de este estilo de afrontamiento, tienden a presentar un nivel bajo en todas las dimensiones; además, los evaluados que tienen una clara preferencia de este estilo de afrontamiento se asocian notablemente con niveles altos en todas las dimensiones.

Las valoraciones del estadístico d de Somer, muestran una relación directa y significativa entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo y los niveles de las dimensiones de la variable Ideación suicida, es decir, cuanto mayores sean los niveles de preferencia del estilo improductivo, mayores serán los niveles de las dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado.

Tabla 7: Estilo de afrontamiento enfocado a resolver el problema según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico).

| | | Solución del problema | | | Total | Chi cuadrado |
|------|---------|-----------------------|----------|-------|-------|--|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| Edad | 12 años | f | 9 | 54 | 32 | $X^2=18.241$ $gl=10$ $p=0.051$ d de Somer 0.054 $p=0.130$ |
| | | R. T. | -,3 | ,4 | -,4 | |
| | 13 años | f | 7 | 36 | 28 | |
| | | R. T. | -,1 | -,3 | ,5 | |
| | 14 años | f | 13 | 59 | 21 | |
| | | R. T. | 1,1 | 1,3 | -2,2 | |
| | 15 años | f | 19 | 65 | 63 | |
| | | R. T. | 1,0 | -1,5 | 1,4 | |
| | 16 años | f | 6 | 53 | 34 | |
| | | R. T. | -1,2 | ,5 | ,1 | |
| | 17 años | f | 0 | 13 | 11 | |
| | | R. T. | -1,6 | ,0 | ,8 | |
| Sexo | Hombre | f | 29 | 139 | 95 | $X^2=0.299$ $gl=2$ $p=0.861$ |
| | | R. T. | ,4 | -,2 | ,0 | |
| | Mujer | f | 25 | 141 | 94 | |
| | | R. T. | -,4 | ,2 | ,0 | |

En la tabla 7, se presentan los resultados de la evaluación de los estilos de afrontamiento enfocados en la solución del problema según variables sociodemográficas: edad, sexo, grado académico.

Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, señalan que ni la edad ni el sexo del evaluado están significativamente relacionados con los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en la solución del problema.

Tabla 8: Estilo de afrontamiento enfocado a resolver el problema según Relación con padres, amigos y pareja.

| | | Solución del problema | | | Total | Chi cuadrado |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|----------|-------|-------|---|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| La relación con sus padres | Muy buena | f 10 | 78 | 75 | 163 | $X^2=75.361$ $gl=8$ $p=0.000$ d de Somer 0.257 $p=0.000$ |
| | | R. T. -1,7 | -1,0 | 2,1 | | |
| | Buena | f 11 | 110 | 92 | 213 | |
| | | R. T. -2,3 | -,4 | 1,7 | | |
| | Regular | f 28 | 88 | 22 | 138 | |
| | | R. T. 3,6 | 1,6 | -3,9 | | |
| Relación con sus amigos | Mala | f 3 | 4 | 0 | 7 | $X^2=10.676$ $gl=4$ $p=0.030$ d de Somer -0.016 $p=0.691$ |
| | | R. T. 2,7 | ,1 | -1,6 | | |
| | Muy mala | f 2 | 0 | 0 | 2 | |
| | | R. T. 3,9 | -1,0 | -,9 | | |
| | Muy buena | f 14 | 112 | 60 | 186 | |
| | | R. T. -1,2 | 1,2 | -,9 | | |
| Relación con su pareja | Buena | f 28 | 124 | 107 | 259 | $X^2=29.854$ $gl=10$ $p=0.001$ d de Somer -0.065 $p=0.090$ |
| | | R. T. ,2 | -1,2 | 1,4 | | |
| | Regular | f 12 | 44 | 22 | 78 | |
| | | R. T. 1,4 | ,3 | -1,2 | | |
| | Muy buena | f 11 | 58 | 57 | 126 | |
| | | R. T. -,6 | -1,2 | 1,7 | | |
| Relación con su pareja | Buena | f 10 | 85 | 46 | 141 | $X^2=29.854$ $gl=10$ $p=0.001$ d de Somer -0.065 $p=0.090$ |
| | | R. T. -1,2 | 1,1 | -,7 | | |
| | Regular | f 15 | 35 | 23 | 73 | |
| | | R. T. 2,7 | -,7 | -,7 | | |
| | Mala | f 0 | 12 | 1 | 13 | |
| | | R. T. -1,2 | 1,9 | -1,7 | | |
| Relación con su pareja | Muy mala | f 1 | 1 | 6 | 8 | $X^2=29.854$ $gl=10$ $p=0.001$ d de Somer -0.065 $p=0.090$ |
| | | R. T. ,2 | -1,6 | 1,8 | | |
| | No tiene pareja | f 17 | 89 | 56 | 162 | |
| | | R. T. ,1 | ,2 | -,3 | | |

En la tabla 8, se presenta la evaluación de dependencia entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en la solución de problemas y los niveles de la calidad de relación que tiene el evaluado con sus padres, con sus amigos y con su pareja. Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi

cuadrado indican que la dependencia es significativa entre los niveles de las variables evaluadas.

Según los residuos tipificados, los evaluados que tienen poca preferencia por el estilo de afrontamiento evaluado, suelen tener una regular, con tendencia a mala, relación con sus padres, una regular relación con sus amigos y con su pareja; los evaluados que tienen una moderada preferencia por este estilo de afrontamiento, tienden a asociarse notablemente con una regular relación con sus padres, muy buena relación con sus amigos y pareja, no obstante, un grupo de ellos, también, tiende a tener una mala relación con su pareja; los evaluados que presentan una clara preferencia por el estilo de afrontamiento enfocado en la solución del problema, tienden a tener una buena y muy buena relación con sus padres, una buena relación con los amigos y muy buena relación la pareja.

Según la prueba d de Somer, solo se muestra una clara asociación significativa ($p=0.000$) entre los niveles de la preferencia del estilo evaluado y los niveles de la calidad de relación con sus padres, esta relación es directa, es decir, cuanto mayor sea el nivel de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en el problema, mayor será la calidad de relación que el evaluado tenga con su padre.

Tabla 9: Estilo de afrontamiento enfocado en los demás según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico).

| | | Enfocado en los demás | | | Total | Chi cuadrado |
|------|---------|-----------------------|----------|-------|-------|--|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| Edad | 12 años | f | 10 | 80 | 5 | $X^2=18.976$ $gl=10$ $p=0.041$ d de Somer 0.047 $p=0.137$ |
| | | R. T. | ,6 | -,2 | ,0 | |
| | 13 años | f | 6 | 58 | 7 | |
| | | R. T. | ,0 | -,4 | 1,7 | |
| | 14 años | f | 15 | 77 | 1 | |
| | | R. T. | 2,5 | -,4 | -1,7 | |
| | 15 años | f | 9 | 129 | 9 | |
| | | R. T. | -1,0 | ,2 | ,5 | |
| | 16 años | f | 5 | 85 | 3 | |
| | | R. T. | -1,1 | ,5 | -,8 | |
| | 17 años | f | 0 | 22 | 2 | |
| | | R. T. | -1,4 | ,3 | ,7 | |
| Sexo | Hombre | f | 28 | 226 | 9 | $X^2=5.674$ $gl=2$ $p=0.059$ |
| | | R. T. | 1,1 | -,1 | -1,2 | |
| | Mujer | f | 17 | 225 | 18 | |
| | | R. T. | -1,1 | ,1 | 1,2 | |

En la tabla 9, se presenta la evaluación de dependencia entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en los demás y las variables

sociodemográficas: edad y sexo. Solo la edad del evaluado resultó ser una variable que se relaciona, de manera significativa, con los niveles de preferencia de este estilo de afrontamiento, siendo, según los residuos tipificados, los alumnos de 14 años, quienes tienden a tener poca preferencia por este estilo de afrontamiento y, los de 13 años, una clara preferencia.

Tabla 10: *Estilo de afrontamiento enfocado en los demás según Relación con padres, amigos y pareja.*

| | | Enfocado en los demás | | | Total | Chi cuadrado |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|----------|-------|-------|---|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| La relación con sus padres | Muy buena | f 10 | 143 | 10 | 163 | X ² =37.562 gl=8 p=0.000 d de Somer -0.105 p=0.005 |
| | | R. T. -1,1 | 1,2 | ,5 | | |
| | Buena | f 14 | 186 | 13 | 213 | |
| | | R. T. -1,0 | 1,2 | ,6 | | |
| | Regular | f 16 | 118 | 4 | 138 | |
| | | R. T. 1,2 | -,1 | -1,2 | | |
| Relación con sus amigos | Mala | f 3 | 4 | 0 | 7 | X ² =18.704 gl=4 p=0.001 d de Somer -0.152 p=0.000 |
| | | R. T. 3,1 | -,8 | -,6 | | |
| | Muy mala | f 2 | 0 | 0 | 2 | |
| | | R. T. 4,4 | -1,3 | -,3 | | |
| | Muy buena | f 9 | 161 | 16 | 186 | |
| | | R. T. -1,8 | ,0 | 2,1 | | |
| Relación con su pareja | Buena | f 22 | 227 | 10 | 259 | X ² =24.580 gl=10 p=0.006 d de Somer -0.103 p=0.003 |
| | | R. T. -,1 | 1,2 | -,9 | | |
| | Regular | f 14 | 63 | 1 | 78 | |
| | | R. T. 2,8 | -,5 | -1,5 | | |
| | Muy buena | f 7 | 108 | 11 | 126 | |
| | | R. T. -1,2 | -,1 | 1,8 | | |
| | Buena | f 6 | 129 | 6 | 141 | |
| | | R. T. -1,8 | 1,7 | -,5 | | |
| | Regular | f 10 | 61 | 2 | 73 | |
| | | R. T. 1,5 | -,2 | -,9 | | |
| Relación con su pareja | Mala | f 0 | 13 | 0 | 13 | X ² =24.580 gl=10 p=0.006 d de Somer -0.103 p=0.003 |
| | | R. T. -1,1 | ,5 | -,8 | | |
| | Muy mala | f 1 | 5 | 2 | 8 | |
| | | R. T. 4 | -,7 | -,5 | | |
| | No tiene pareja | f 21 | 135 | 6 | 162 | |
| | | R. T. 1,9 | -,4 | -,8 | | |

La tabla 10, exhibe la evaluación sobre la dependencia entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en los demás y los niveles de la calidad de relación que el evaluado tiene con sus padres, amigos y pareja. Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, señalan que dicha dependencia es significativa en todos los casos.

Según los residuos tipificados los evaluados que tienen poca preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en los demás, tienden a presentar regular, mala y muy mala calidad de relación con los padres, una regular relación con los amigos y con la pareja; los evaluados que tienen una moderada preferencia por este estilo tienden a tener muy buena y buena relación con sus padres, buena relación con sus amigos y pareja; los que tiene una clara preferencia por este estilo de afrontamiento, tienen una muy buena relación con sus amigos y su pareja.

Las valoraciones de la d de Somer, señalan que en todos los casos existe una relación significativa y directa, es decir, cuanto mayor sea el nivel de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado a los demás, mayor será la calidad de relación que tenga con sus padres, amigos y pareja.

Es preciso mencionar que 162 evaluados no tenían pareja.

Tabla 11: *Estilo de afrontamiento improductivo según variables sociodemográficas (edad, sexo, grado académico).*

| | | Improductivo | | | Total | Chi cuadrado |
|------|---------|--------------|----------|-------|-------|--------------|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| Edad | 12 años | f | 21 | 65 | 9 | 95 |
| | | R. T. | -,5 | ,2 | ,4 | |
| | 13 años | f | 12 | 51 | 8 | |
| | | R. T. | -1,3 | ,5 | ,8 | |
| | 14 años | f | 36 | 52 | 5 | |
| | | R. T. | 2,7 | -1,3 | -1,0 | |
| | 15 años | f | 45 | 87 | 15 | |
| | | R. T. | 1,4 | -1,1 | ,7 | |
| | 16 años | f | 16 | 72 | 5 | |
| | | R. T. | -1,5 | 1,3 | -1,0 | |
| | 17 años | f | 0 | 22 | 2 | |
| | | R. T. | -2,4 | 1,5 | ,0 | |
| Sexo | Hombre | f | 70 | 174 | 19 | 263 |
| | | R. T. | ,6 | -,1 | -,7 | |
| | MUjer | f | 60 | 175 | 25 | |
| | | R. T. | -,6 | ,1 | ,7 | |

En la tabla 11, se presentan los resultados de la evaluación de los estilos de afrontamiento improductivo según variables sociodemográficas: edad, sexo, y grado académico. Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, señalan que el sexo del evaluado no está significativamente relacionado con los

niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo; no así con la edad, ya que sí se encontró relación significativa con esta variable. Según los residuos tipificados, los evaluados con una moderada preferencia del estilo de afrontamiento improductivo, son los alumnos que tienen 16 y 17 años de edad, y los alumnos que tienen una clara preferencia por el estilo de afrontamiento improductivo son los de 14 y 15 años.

Tabla 12: *Estilo de afrontamiento improductivo según Relación con padres, amigos y pareja.*

| | | Improductivo | | | Total | Chi cuadrado |
|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------|------------|-------|--|
| | | Poca | Moderada | Clara | | |
| La relación con sus padres | Muy buena | f 38 R. T. -,4 | 115 ,6 | 10 -1,0 | 163 | X ² =71.991 gl=8 p=0.000 |
| | Buena | f 62 R. T. 1,2 | 143 ,1 | 8 -2,3 | 213 | |
| | Regular | f 30 R. T. -,7 | 89 -,3 | 19 2,2 | 138 | |
| | Mala | f 0 R. T. -1,3 | 2 -1,2 | 5 5,7 | 7 | d de Somer -0.087 p=0.038 |
| | Muy mala | f 0 R. T. -,7 | 0 -1,2 | 2 4,5 | 2 | |
| | | | | | | |
| Relación con sus amigos | Muy buena | f 28 R. T. -2,7 | 141 1,5 | 17 ,3 | 186 | X ² =19.707 gl=4 p=0.001 |
| | Buena | f 85 R. T. 2,6 | 156 -1,3 | 18 -,8 | 259 | |
| | Regular | f 17 R. T. -,5 | 52 ,0 | 9 1,0 | 78 | d de Somer -0.088 p=0.023 |
| | | | | | | |
| Relación con su pareja | Muy buena | f 14 R. T. -3,1 | 104 2,2 | 8 -,8 | 126 | X ² =40.347 gl=10 p=0.000 |
| | Buena | f 29 R. T. -1,0 | 92 -,2 | 20 2,4 | 141 | |
| | Regular | f 22 R. T. ,9 | 42 -1,0 | 9 1,2 | 73 | |
| | Mala | f 6 R. T. 1,5 | 7 -,6 | 0 -1,0 | 13 | d de Somer -0.176 p=0.000 |
| | Muy mala | f 2 R. T. ,0 | 6 ,3 | 0 -,8 | 8 | |
| | No tiene pareja | f 57 R. T. 2,6 | 98 -1,0 | 7 -1,8 | 162 | |
| | | | | | | |

En la tabla 12, se muestra la evaluación de dependencia entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo y los niveles de la calidad de relación que tiene el evaluado con sus padres, con sus amigos y con su pareja. Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, indican que la dependencia es significativa entre los niveles de las variables evaluadas.

Según los residuos tipificados, los evaluados que tienen poca preferencia por el estilo de afrontamiento evaluado, suelen tener una buena relación con sus padres y amigos, y una mala relación con su pareja; los evaluados que tienen una moderada preferencia por este estilo de afrontamiento tienden a asociarse, notablemente, con una muy buena relación con sus amigos, muy buena relación con su pareja; los evaluados que presentan una clara preferencia por el estilo de afrontamiento, tienden a tener una regular, mala y muy mala relación con sus padres, una regular relación con sus amigos y una regular y muy buena relación con su pareja.

Según la prueba d de Somer, solo se muestra una clara asociación significativa ($p \leq 0.05$) entre los niveles de la preferencia del estilo evaluado y los niveles de la calidad de relación con sus padres, esta relación es inversa, es decir, cuanto mayor sea el nivel de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo, menor será la calidad de relación que el evaluado tenga con sus padres, amigos y pareja.

Tabla 13: Ideación suicida según variables sociodemográficas (edad, sexo).

| | | Ideación suicida | | | Total | Chi cuadrado |
|------|---------|------------------|----------|------|-------|--|
| | | Bajo | Moderado | Alto | | |
| Edad | 12 años | f | 49 | 36 | 10 | $X^2=10.196$ $gl=10$ $p=0.423$ d de Somer - 0.026 $p=0.479$ |
| | | R. T. | ,2 | -,3 | ,1 | |
| | 13 años | f | 29 | 32 | 10 | |
| | | R. T. | -1,1 | ,7 | 1,0 | |
| | 14 años | f | 53 | 33 | 7 | |
| | | R. T. | ,9 | -,6 | -,8 | |
| | 15 años | f | 70 | 58 | 19 | |
| | | R. T. | -,5 | ,0 | 1,1 | |
| | 16 años | f | 47 | 41 | 5 | |
| | | R. T. | ,0 | ,7 | -1,4 | |
| | 17 años | f | 15 | 7 | 2 | |
| | | R. T. | ,8 | -,8 | -,3 | |
| Sexo | Hombre | f | 132 | 108 | 23 | $X^2=1.302$ $gl=2$ $p=0.521$ |
| | | R. T. | ,0 | ,4 | -,7 | |
| | MUjer | f | 131 | 99 | 30 | |
| | | R. T. | ,0 | -,4 | ,7 | |

En la tabla 13 se presentan los resultados de la evaluación de los niveles de ideación suicida según variables sociodemográficas: edad, sexo, grado académico. Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, señala

que ni la edad ni el sexo del evaluado está significativamente relacionado con los niveles de ideación suicida.

Tabla 14: Ideación suicida según Relación con padres, amigos y pareja.

| | | Ideación suicida | | | Total | Chi cuadrado |
|----------------------------|-----------------|------------------|----------|------|-------|--|
| | | Bajo | Moderado | Alto | | |
| La relación con sus padres | Muy buena | f 89 | 60 | 14 | 163 | X ² =80.769 gl=8 p=0.000 |
| | | R. T. ,8 | -,6 | -,6 | | |
| | Buena | f 130 | 73 | 10 | 213 | |
| | | R. T. 2,2 | -1,2 | -2,5 | | |
| | Regular | f 44 | 72 | 22 | 138 | d de Somer -0.187 p=0.000 |
| | | R. T. -3,0 | 2,4 | 2,1 | | |
| Relación con sus amigos | Mala | f 0 | 2 | 5 | 7 | X ² =17854 gl=4 p=0.001 |
| | | R. T. -1,9 | -,5 | 5,1 | | |
| | Muy mala | f 0 | 0 | 2 | 2 | |
| | | R. T. -1,0 | -,9 | 4,0 | | |
| | Muy buena | f 77 | 91 | 18 | 186 | d de Somer 0.050 p=0.216 |
| | | R. T. -1,7 | 2,0 | -,2 | | |
| Relación con su pareja | Buena | f 153 | 82 | 24 | 259 | X ² =23.360 gl=10 p=0.009 |
| | | R. T. 2,0 | -2,0 | -,4 | | |
| | Regular | f 33 | 34 | 11 | 78 | |
| | | R. T. -1,0 | ,6 | 1,1 | | |
| | Muy buena | f 53 | 63 | 10 | 126 | d de Somer -0.109 p=0.003 |
| | | R. T. -1,3 | 1,9 | -,8 | | |
| | Buena | f 62 | 58 | 21 | 141 | |
| | | R. T. -1,1 | ,3 | 1,8 | | |
| | Regular | f 44 | 20 | 9 | 73 | |
| | | R. T. 1,2 | -1,7 | ,6 | | |
| | Mala | f 6 | 7 | 0 | 13 | |
| | | R. T. -,2 | ,8 | -1,1 | | |
| | Muy mala | f 3 | 5 | 0 | 8 | |
| | | R. T. -,5 | 1,0 | -,9 | | |
| | No tiene pareja | f 95 | 54 | 13 | 162 | |
| | | R. T. 1,5 | -1,3 | -,8 | | |

Finalmente en la Tabla 14, se presentan los resultados de la evaluación de dependencia entre los niveles de ideación suicida y variables como la calidad de relación que tiene con sus padres, amigos y pareja. Las valoraciones de probabilidad señala que dicha dependencia es significativa, donde se observa que los niveles altos de Ideación Suicida se asocia una calidad desde regular

hasta muy mala relación con sus padres, regular con sus amigos, y buena con su pareja.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Luego de procesar la información y obtener los resultados, en este apartado, discutiremos los mismos, en función a los hallazgos de otros autores y a la teoría que sustenta las bases de las variables estudiadas.

El estudio se desarrolló en torno a la evaluación de la relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida en adolescentes de educación secundaria pertenecientes a la UGEL del Santa (Chimbote). Puesto que se trata de tres estilos de afrontamiento claramente diferenciados, fueron tres los análisis principales de la evaluación de las preferencias de los estilos de afrontamiento y los niveles de ideación suicida. Con la finalidad de determinar si existe dependencia significativa entre los niveles de preferencia por un determinado estilo de afrontamiento y los niveles de ideación suicida, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado de dependencia. Los resultados de dichos análisis se presentan en la tabla 1, tabla 2 y tabla 3.

En la primera tabla se presentan los resultados de la evaluación entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en el problema y los niveles de ideación suicida; así, con una probabilidad de $p=0.000$, se afirma que la relación evaluada es significativa; según los residuos tipificados, una clara preferencia de este estilo de afrontamiento, tiende a asociarse de manera significativa con el nivel bajo de ideación suicida, el nivel de preferencia moderada de este estilo de afrontamiento se asocia con una moderada ideación suicida, y una poca preferencia de este estilo de afrontamiento tiende a asociarse con una moderada y alta ideación suicida, esta relación es confirmada por el estadístico de la d de Somer, cuyo valor (-0.276) y probabilidad señala que la relación entre estas variables es significativa e inversa, es decir, cuanto más clara tenga una persona la preferencia por el estilo de afrontamiento enfocado en la solución del problema, menor será el nivel de ideación suicida.

En la segunda tabla se presentan los resultados de la evaluación entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento enfocado en los demás y los niveles de ideación suicida. Las valoraciones de probabilidad de la prueba empleada ($p=0.129$), señalan que no existe relación de significancia entre las variables evaluadas.

En la tercera tabla se presentan los resultados de la evaluación de dependencia entre los niveles de preferencia del estilo improductivo y los niveles de ideación suicida; los indicadores de probabilidad ($p=0.000$) señala que dicha dependencia es significativa, además, los residuos tipificados, las personas que tienen poca referencia por este tipo de estilo, tienden a tener un nivel bajo de ideación suicida, así mismo, el nivel de preferencia de este tipo de estilo, se asocia con el nivel moderado de ideación suicida, y una clara preferencia por estos estilos de afrontamiento improductivos, tienden a tener un nivel alto de ideación suicida. Esta relación es confirmada por los indicadores estadísticos de la d de Somer, cuyo valor (0.455) y probabilidad ($p=0.000$) señala que dicha relación es directa y significativa, es decir, cuanto mayor sea la preferencia por el estilo de afrontamiento improductivo, mayor es el nivel de ideación suicida.

Sobre la base de los resultados descritos se acepta la hipótesis general, la cual señala que el nivel alto de ideación suicida se relaciona de manera significativa con los adolescentes de educación secundaria que tienen una clara preferencia por el estilo de afrontamiento improductivo.

Entre las investigaciones con resultados similares a los de esta investigación, se tienen a Vianchá, Bahamón & Alarcón. (2013) quienes concentran su atención en la caracterización del fenómeno en los jóvenes latinoamericanos identificando variables psicosociales asociadas como los problemas interpersonales en el contexto escolar, variables psicológicas, las exposiciones a situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual y, finalmente, los estilos y estrategias de afrontamiento desarrollados por los jóvenes. En términos concluyentes, los autores señalan que el suicidio es un fenómeno multicausal que va en aumento con la aparición de problemáticas propias de la sociedad actual, tales como el acoso escolar, los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato. Cabe resaltar, que la población más vulnerable a este tipo de problemas siguen siendo los niños y los jóvenes, lo que exige a los profesionales en salud mental generar estrategias de intervención orientadas a la identificación y prevención de las mismas.

En México, los psicólogos Córdova, Rosales, Guzmán & Zúñiga (2013), registraron diferencias significativas con la prueba t de Student entre estudiantes sin ideación suicida y con ideación suicida. Estas fueron: Emoción Negativa, Comodidad, Impulsividad, Futuro Negativo, Futuro Positivo, Apoyo Familiar, y Apoyo Amigos. Estas características psicológicas pueden ser explicadas en el marco teórico cognitivo, para con ello generar e instrumentar estrategias de atención psicológica tendientes a reducir el riesgo de un intento o suicidio consumado, además de mejorar la calidad de vida de los jóvenes implicados.

Otro estudio realizado en Bogotá por Quiceno et al. (2012), identifica un tipo de afrontamiento activo en la solución de problemas, reevaluación cognitiva, y niveles adecuados de resiliencia. Además, el estudio muestra que para los estudiantes universitarios es importante la búsqueda de apoyo social y la competencia personal para tener una perspectiva optimista frente a la vida.

En el año 2005, investigadores mexicanos, en una muestra de 103 pacientes que ingresaron al Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” por intento de suicidio encontró que el 75% de la muestra estudiada utilizó estrategias de afrontamiento poco adaptativas, focalizadas en la emoción como: la autoculpabilizante y la centrada en alterar el significado emocional (fantasía). En el mismo año, Serrano & Flores, en un estudio hecho en 370 sujetos, hombres y mujeres, encontró correlación moderada, significativa y positiva entre los factores de las escalas de afrontamiento y la ideación suicida. Los resultados se interpretan tomando en cuenta su importancia en la prevención del suicidio en los adolescentes.

Un estudio realizado por un Huapaya en el año 2010 en adolescentes escolares de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, observa que 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. Con el análisis multivariado la depresión y en edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida (Huapaya, 2010).

La primera finalidad específica del estudio estuvo centrada en la determinación de la relación entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento dirigido

a resolver el problema y los niveles de ideación suicida según las dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado.

Con el interés de dar respuesta a este propósito, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado de dependencia; en la tabla 4 se presenta los resultados que atienden a esta evaluación, donde las valoraciones de probabilidad señalan que una poca preferencia por el estilo de afrontamiento centrado en la solución de problemas, se asocia significativamente con los niveles de moderado y alto, tanto de ideación suicida respecto a la actitud hacia la vida o la muerte, como de los pensamientos y deseos suicidas; además, el nivel bajo de preferencia de este estilo de afrontamiento, tiende a asociarse con una alta proyección de Intento suicida y una alta probabilidad de realización de dicho proyecto. Por otro lado, el nivel moderado de preferencia de este estilo de afrontamiento, se asocia con un nivel alto de pensamiento o deseos suicidas, además se asocia con un nivel moderado, tanto de la proyección del intento suicida como de la realización de dicha proyección del intento suicida.

Finalmente, una clara preferencia por el estilo de afrontamiento centrado en la solución de problemas, tienden a asociarse con niveles bajos de las cuatro dimensiones de la variable “ideación suicida”. El estadístico d de Somer, señala que las variables evaluadas están relacionadas significativamente de manera inversa, es decir, cuanto mayor sea la preferencia por este estilo de afrontamiento, menores serán los niveles de ideación suicida respecto a la “Actitud hacia la vida/muerte”, “Pensamientos/deseos suicidas”, “Proyecto de Intento suicida” y “Realización del intento proyectado”

Sobre lo descrito, se acepta participablemente la hipótesis específica, que señala: Los que tiene una clara preferencia por el estilo de afrontamiento centrado en el problema, tienden a presentar niveles bajos en las dimensiones de Ideación suicida (Actitud hacia la vida/muerte, características de los pensamientos/deseos suicidas, características del proyecto de intento, realización del intento proyectado).

Leal & Vázquez en el año 2012, con los resultados de su estudio hecho en Cajamarca, encontraron significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron el deseo de estar muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron haber experimentado el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes altos, también, se hallaron respecto a adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%). De otro lado, se halló que el 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que el 16.5% lo pensó durante el último mes, es preciso mencionar que estos valores porcentuales se asociaban con la observación de estudiantes con baja autoestima, quienes generalmente no tienen un estilo de afrontamiento centrado en el problema.

La segunda finalidad específica del presente estudio, estuvo centrada en la determinación de la relación entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento centrado en los demás y los niveles de ideación suicida según las dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado.

Se encontró relación significativa entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento centrado en los demás, con los niveles de proyección del intento suicida y la Realización del intento proyectado; de tal manera que una poca preferencia por este estilo de afrontamiento, se asocia con un nivel alto, tanto de proyección del intento suicida como de la realización del intento proyectado, mientras que una preferencia moderada de este estilo de afrontamiento, se asocia con el nivel moderado de Proyecto de Intento suicida. Por otro lado, El estadístico de la d de Somer, con una probabilidad mayor que 0.05, señala que las variables estudiadas no se muestran significativamente relacionadas.

Se acepta parcialmente la hipótesis específica 2, ya que afirma tentativamente lo siguiente: Los que tienen una clara preferencia por el estilo de afrontamiento referido a los demás, tienden a presentar niveles bajos en las dimensiones "Actitud hacia la vida/muerte" y "Pensamientos/deseos suicidas" y niveles altos

en las dimensiones “Proyecto de Intento suicida” y “Realización del intento proyectado”.

En un estudio hecho por Cano, Gutierrez, Nizama (2009) se tiene que el 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, el 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. Los autores concluyeron señalando que existe alta prevalencia de ideación suicida y haber pensado en quitarse la vida, además que el 50% de los valores porcentuales mencionados se asociaban con personas con tendencia a afrontar el problema dependiendo de los demás.

Como tercera finalidad específica del estudio se planteó la determinación de la relación entre los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento improductivo y los niveles de ideación suicida según las dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado.

Las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado señalan que las variables evaluadas están significativamente relacionadas. De tal manera que se encuentra asociación significativa entre una poca preferencia del estilo de afrontamiento improductivo y los niveles bajos de las dimensiones de ideación suicida, mientras que una clara preferencia por el estilo de afrontamiento improductivo, se asocia, notablemente, con los niveles altos de ideación suicida según sus dimensiones. Esta relación es confirmada por los resultados del estadístico d de Somer, cuyas valoraciones señalan que los niveles evaluados, se relacionan de manera directa y significativa, es decir, cuanto mayor sea el nivel de preferencia por el estilo de afrontamiento improductivo, mayor será el nivel de ideación suicida respecto a las dimensiones de Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de Intento suicida y Realización del intento proyectado.

Sobre los resultados descritos, respecto a la tercera finalidad específica del estudio, se acepta la hipótesis específica 3, la cual señala que quienes tienen una clara preferencia por estilos de afrontamientos improductivos, tienden a presentar niveles altos en todas las dimensiones de Ideación suicida (Actitud

hacia la vida/muerte, características de los pensamientos/deseos suicidas, características del proyecto de intento, realización del intento proyectado).

El estudio hecho en adolescentes de la costa peruana en el año 2006, la prevalencia de vida del deseo de morir fue de 26,7%, pensamiento suicida 10,8%; es preciso decir que la mayoría de estas personas tenían otros modos de afrontamiento diferentes al enfoque del problema y a las emociones.

Como cuarta finalidad específica de este estudio, se planteó la descripción de los estilos de afrontamiento según variables sociodemográficas y variables familiares.

Los resultados de la tabla 7, señalan que los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento centrado en el problema, no depende de manera significativa de la variable “edad” ni de la variable “sexo” ($p > 0.05$); sucede lo contrario cuando se evalúa la relación entre los niveles de preferencia de este estilo de afrontamiento con las variables familiares (Tabla 8); de tal manera que una poca preferencia por el estilo de afrontamiento al estrés está, superiormente, asociado a personas cuya relación con sus padres se encuentra en las categorías de regular, mala y muy mala; mientras que una clara preferencia por este estilo de afrontamiento, se relaciona con una buena y muy buena relación con los padres; es preciso decir que esta relación se da de manera directa y significativa, es decir, cuanto mayor sea la preferencia por el estilo de afrontamiento centrado en el problema, mejor será la calidad de relación que el evaluado tenga con sus padres. Por otro lado, se observa que una poca preferencia por este estilo de afrontamiento, tiende a asociarse con una regular calidad de relación con sus amigos, mientras que una clara preferencia, se asocia con una buena relación con las amistades. Finalmente, las personas que tengan una poca preferencia por afrontar el estrés centrándose en el problema tienen una regular calidad de relación con su pareja, mientras que aquellas que afrontan el estrés centrándose en el problema tienen una tendencia significativa a tener una muy buena relación con su pareja.

En la tabla 9 se presentan los resultados de la evaluación de dependencia entre los niveles de preferencia por el estilo de afrontamiento centrado en los demás y

las variables socio demográficas; Se observa que los que tiene una poca preferencia por este estilo de afrontamiento son aquellos alumnos que tiene 14 años de edad, mientras que aquellos que tienen una clara inclinación por adoptar este estilo de afrontamiento, son los que tiene 13 años; es preciso mencionar que el estadístico de la d de somer indica que estas variables no están notablemente relacionadas. Por otro lado, el predominio significativo por algún nivel de preferencia de este estilo de afrontamiento, no depende significativamente del sexo del evaluado.

Kirchner, Ferrer, Forns&Zanini (2011), en España, encuentra que el uso de estrategias de afrontamiento específicas diferencia entre población con ausencia/presencia de dichas conductas, especialmente en las chicas.

En la tabla 10 se presentan los resultados de la evaluación de los niveles de preferencia del estilo de afrontamiento centrado en los demás y las variables familiares. Una poca preferencia por este estilo se asocia con niveles bajos de calidad en la relación, tanto con los padres, amigos y con pareja; esta relación se da de manera inversa y significativa, según el estadístico de la d de Somer; es decir, cuanto más clara sea la preferencia por este estilo de afrontamiento, menor será la calidad de relación tanto con los padres, amigos y pareja.

En la tabla 11, encontramos los resultados de la evaluación entre los niveles de preferencia por el estilo improductivo y las variables sociodemográficas. Se observa que los de 14 y 15 años tienden a presentar una poca preferencia por este estilo, mientras que el nivel moderado de preferencia por este estilo de afrontamiento se asocia con los que tienen 16 y 17 años. El sexo del evaluado no tuvo influencia significativa en la determinación de preferencia por este estilo de afrontamiento.

Serrano & Flores (2005) señala en una población mexicana que a mayor estrés con la pareja, mayor ideación suicida en los hombres. En las mujeres, la ideación suicida se asoció con un mayor estrés social y con la pareja. Huapaya (2010), en Perú, señala que la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años. Rojas & Saavedra. (2006), investigadores peruanos,

señalan que el deseo de morir fue significativamente mayor en las mujeres (35,0%) en comparación con los varones (15,9%).

La tabla 12, observa una clara asociación entre una evidente preferencia del estilo de afrontamiento improductivo con una desfavorable calidad de relación con los padres y la pareja; una poca preferencia por este estilo se asocia con una buena relación con los amigos.

González, Ramos, Caballero & Wagner. (2003), en México, señalaron que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, y reportan que sus padres discuten por problemas económicos; tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con padre/madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida en varones fue del 7% y en mujeres el 17%. Los estudiantes, tanto varones como mujeres, impulsivos, presentan más riesgo con antecedente de intento suicida.

En la Tabla 13 se presenta la evaluación de dependencia entre la ideación suicida y variables como Edad y Sexo. Las valoraciones de probabilidad señalan que no existe dependencia significativa entre la ideación suicida y las variables sociodemográficas mencionadas. ($p>0.05$). González-Forteza, C., & Palos, P. A. (1995). En ambos sexos, las dimensiones de afecto, comunicación y control del padre se interrelacionaron con las de la madre. Para buscar ayuda, consejos y consuelo, la preferencia por los amigos o por nadie, estuvo en relación inversa con la preferencia por el apoyo familiar. Al no existir una asociación estadísticamente significativa entre ideación suicida y edad, puede estimarse que la primera no se vincula necesariamente a las diversas etapas de crecimiento cronológico del adolescente Florenzano, R., Valdés, M.,

Finalmente en la Tabla 14, se presentan los resultados de la evaluación de dependencia entre los niveles de ideación suicida y variables como la calidad de relación que tiene con sus padres, amigos y pareja. Las valoraciones de probabilidad señala que dicha dependencia es significativa, donde se observa que los niveles altos de Ideación Suicida se asocia una calidad desde regular

hasta muy mala relación con sus padres, regular con sus amigos, y buena con su pareja. Como lo sustenta González-Forteza, C., & Palos, P. A. (1995). Respecto de la sintomatología depresiva y la ideación suicida el malestar emocional en los varones, ninguna variable se correlacionó con el nivel de significancia establecido $p < .001$; mientras que en las mujeres sí. La comunicación con el padre, la comunicación con la madre, y el apoyo familiar, se correlacionaron negativamente con el malestar emocional; en tanto que "ningún apoyo" se correlacionó positivamente. así mismo Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011) analizaron las correlaciones existentes entre ideación suicida y estilos parentales, tanto para adolescentes con y sin síntomas depresivos: dentro de las correlaciones significativas, para los alumnos sin síntomas depresivos aparecieron más factores protectores de ideación suicida relacionados con los estilos parentales que para los alumnos con síntomas. Se registraron nueve factores protectores en común para ambos grupos: autoestima, aceptación parental, autonomía psicológica parental, calidad en la relación con la madre, calidad en la relación con el padre, amabilidad parental, expresión de afectos físicos, monitoreo paterno y participación en decisiones familiares. Estos resultados revelan que la ideación suicida tiene una mayor correlación con los estilos parentales que con la edad o etapas de la adolescencia. Los adolescentes cuyos padres ejercen autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad parental y monitoreo paterno poseen menor ideación suicida que los adolescentes cuyos padres carecen de estas conductas, así también en cuanto a la relación de los padres con sus hijos adolescentes, un factor protector para la ideación suicida es que los adolescentes tengan una buena relación con ambos padres. También actúa como factor protector la participación de los hijos en las decisiones familiares.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los adolescentes que prefieren el estilo de afrontamiento centrado en el problema, tienden a no presentar ideaciones suicidas, comparados con los que prefieren modos de estilos improductivos de afrontar el problema, puesto que este grupo de adolescentes, en términos generales, sí tienen una tendencia a presentar ideación suicida. Es preciso decir que aquellos que prefieren el estilo de afrontamiento centrado en los demás, son indiferentes a la presencia de ideación suicida en adolescentes.
2. Los adolescentes que tienen una clara preferencia por el estilo de afrontamiento enfocado en la solución del problema que se le presente, no presenta actitudes ni pensamientos que vayan en contra de la vida, muchos menos, planea ni ejecuta acciones que estén relacionados con el suicidio.
3. Es indiferente el hecho de que el adolescente presente una clara preferencia por el estilo de afrontamiento en relación con los demás, para determinar si puede presentar actitudes o pensamientos que atenten contra su propia vida; no obstante, los adolescentes que no tiene una clara preferencia por este estilo, pueden proyectarse a actos suicidas y en algunos casos, ejecutar dicho proyecto.
4. Definitivamente, los modos improductivos de afrontamiento que prefiera el adolescente, tiene una evidente relación con la presencia de actos, pensamientos, planeamiento y ejecución de acciones que atenten contra la propia vida de los adolescentes.
5. Los adolescentes más jóvenes tienden a tener una clara preferencia por el estilo de afrontamiento enfocado en los demás, y poca preferencia por los de estilo improductivo; la edad es indiferente a la preferencia del estilo de afrontamiento centrado en el problema; además el sexo del adolescente no interviene en la preferencia por algún tipo de afrontamiento.
6. Aquellos adolescentes que prefieren afrontar el problema enfocándose en la solución del mismo y, los que tienen una preferencia por el afrontamiento

centrado en los demás, suelen ser los que tienen una relación favorable con sus padres, amigos y pareja; no así aquellos adolescentes que tienen improductivos modos de proceder al momento de afrontar problemas.

7. Se observa que los niveles altos de Ideación Suicida en adolescentes se asocian a un vínculo desde regular hasta muy deficiente en la relación con sus padres, regular con sus amigos, y buena con su pareja.
8. Los adolescentes que tiene ideación suicida entendiéndose esta como la punta del iceberg de la Suicidalidad, son personas que buscan ayuda en un primer momento en los amigos familiares, centros de salud y /u otro recurso y que al no encontrar una salida en esta red de soporte, avanzan en el camino de la suicidalidad hacia los intentos y posteriores actos suicidas, desterrando la idea de que el suicida no avisa ni busca ayuda una vez decidido el acto.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios a modo de réplica en otros grupos de adolescentes con características similares a la muestra de la presente investigación para consolidar los resultados de este estudio.
2. Realizar estudios relacionados con factores asociados a la preferencia de estilos de afrontamiento improductivos.
3. Sobre la base a los resultados encontrados se pueden elaborar y ejecutar programas de intervención que permitan desarrollar estrategias de afronte productivos en adolescentes constituyéndose así en un factor protector para prevenir la presencia de ideación que degenerate en un futuro intento suicida.
4. Constituir los programas en base a aspectos teóricos y metodológicos concernientes a fortalecer la asertividad, pudiendo utilizar las técnicas y estrategias de habilidades sociales como habilidades básicas, conversacionales, para cooperar y compartir, control de emociones y sentimientos, habilidades de auto afirmación, para hacer frente al estrés, de planificación; así mismo, destacando los derechos asertivos y entrenamiento asertivo, solución de problemas, toma de decisiones y generación de alternativas.
5. Se sugiere entrenar a los padres en habilidades que les permitan ejercer autonomía psicológica, aceptación incondicional, expresión de afectos físicos, amabilidad parental, y monitoreo de ambos padres así como permitirles a sus hijos el participar de decisiones familiares, ya que esto se considera un factor protector para no desarrollar ideación suicida en la adolescencia.
6. Se sugiere informar de los hallazgos de esta investigación a las ONG o servicios de ayuda gratuita telefónica ya que se pueda tomar con mayor importancia los intentos de los jóvenes y adolescentes por encontrar un

soporte emocional, desterrando la idea de que el adolescente que se va a suicidar no llama a pedir ayuda, ya que en muchas ocasiones se toman a la ligera estos anuncios, pensando que son en su gran mayoría falsos.

7. Se sugiere investigar en estilos o pautas de crianza ya que de los modelos parentales aceptados en la niñez dependerá en gran medida los estilos cognitivos que desarrollen los adolescentes y que se instauraran como patrones fijos en la conducta adulta , los cuales los podrían proteger de acciones de riesgo o volver victimas de sus deficientes estilos de afronte en la solución de conflictos ..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amezcu, F (2003). *Diseño y Validación de un instrumento a evaluar la Potencialidad Suicida en el Adolescente Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM

Anales de Salud Mental (2013) *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – replicación 2012*. 29(1), 43 – 100. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Beck, A. (1975). *Construcción de una nueva escala de desesperanza. La didáctica constructiva de una escala de desesperanza*. Recuperado de http://www.psicologiapositivamex.com/yahoo_site_admin/assets/docs/escala_de_desesperanza_Eguiluz.18735355.pdf

Beck, A. , & Greenberg, R. (1971). *The nosology of suicidal phenomena: Past and future perspectives*. Bulletin of Suicidology, 8, 10-17

Beck A. (1979). *Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation,SSI)*. Recuperado de :
http://www.depresion.psicomag.com/esc_idea_suic.php

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy: A reply to Alford & Norcross [Commentary]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 191-198.

Beck A., Rush, A, Shaw, B. y Emery, G. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión* (17 edición). España: Desclée de Brouser.

Benjamin, R. (2012) U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. En Action Alliance for Suicide Prevention. Recuperado de: <http://actionallianceforsuicideprevention.org/NSSP>

Cannesa (2002) *Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana Universidad de Lima .*

Canetto, S. y Lester, D. (1995) *Women and suicidal behavior*. New York; Springer.

Carver, C., Sheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies. A Theoretical based Approach, en *Journal of personality and Social Psychology*, 56, pp.267-283.

Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*. Buenos Aires, Facultad de Psicología, Año 6, N° 1, pp.25-49. Ps.267-283

- Casullo, G. (2005) *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Eudeba. Buenos Aires
- Castro P., Orbegoso O. & Rosales P. (2006) *Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004*. Revista Perú Medica Experta en Salud Pública 23(4), 12 - 16
- Carpintero, H. (2002) *Historia de la evaluación infantil*, Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia España: Desclée de Brouser.
- Chávez, A., Macías, L., Palatto, H. y Ramírez, L. (2004). *Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato*. Salud Mental, (27) 2, 15-20.
- Cano, P., Gutiérrez, C. & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26(2): 175-81.
- Campana, C., (2016). *Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote* (Tesis de Pregrado). Perú. Universidad Cesar Vallejo.
- Córdova, M., Rosales, J., Guzman, B. & Zuñiga G. (2013). *Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí* (México). Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social, 4(2), 120-134.

- Córdova, M., Rosales, J., (2013). Confiabilidad y validez de constructo de la Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior Itzacala (México) *Revista alternativas en psicología*
- Días de Mattos, L., Azevedo, R., Jansen, K., Peretti, R., Lessa, B. y Pinheiro, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 32(1) 37-41.
- Everly, G.S. (1979). *Strategies for coping with stress: An assessment scale*. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services.(p 44)
- Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM; 121-130.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción. Madrid: Pirámide
- Fernández-Abascal, E., Martín Díaz, M.D. y Domínguez Sánchez, F.J. (2004). Procesos psicológicos. Madrid: Psicología Pirámide.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(12), 1529-1533.

Frydenberg, (1993a). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.

Frydenberg, E. (1993b). The coping strategies used by capable adolescents. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 3 (1), 1-9.

Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). Manual: ACS. *Escala de Afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA, adaptación Española. (orig. 1993)

Frydenberg, E. y Rowley, G. (1998). *Coping With Social Issues: What Australian university Students do*. *Issues in Education Research*, 8(1), 33-48.

González-Forteza, C., & Palos, P. A. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 18(4), 41-48

González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L. y Medina-Mora M. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.

González-Forteza, C., Berenzon, G. S., Tello, G. A. M., Facio, F. D. & Medina-Mora, M. E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 5, 430-437.

González, M. S., Díaz, M. A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C. & González, N. J. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Revista Salud Mental*, 23, 2, 21-30.

Gómez Dupertuis D. (2002) “*Notas acerca de la relación entre personalidad y estrés*”. En Leibovich de Figueroa, N. Y Schufer, M, Editores Eudeba Buenos Aires

Girdano, D. y Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Huapaya, D. (2010). *Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima*. (Tesis de Pre-grado). Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). “*The Social Readjustment Rating Scale*” *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp. 213-218.

Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente. Publicaciones 2003-2010. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2011. México, Recuperado de <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"(2002). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental* 2002. Informe general. Lima: IESM HD-HN;

IESM HD – HN (2005) *Estudio epidemiológico de salud mental en Cajamarca . Serie: Monografías de Investigación N° 10, Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima*. En MINSA. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/Revista%20234.pdf>

Jiménez, T. &e González, Forteza, C. (2003) “*Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”*”. Salud mental 26 (6), 35-51.

Jiménez, K., Carballo, J. L., Cano, M. Á., & Marín-Vila, M. (2014). *Relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol* Copyright y permisos, 121.

. Joiner T, Rudd D.(1996) *Disentangling the Interrelations Between Hopelessness, Loneliness and Suicidal Ideation*. *Suicide Life Threat Behavior*; 26(1): 19-26.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas EspPsiquiatr*, 39 (4); 226-35

Kjoller, M. & Helveg-Larsen, M. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 54–61.

Krug, E. Dahlberg, L. Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

Leal, R. & Vásquez, L. (2012). *Ideación suicida en adolescentes Cajamarquinos. Prevalencia y factores asociados*. (Tesis para pregrado) Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo Facultad de Psicología.

Leibovich, N.; Schmidt, V. I.; Marro, C. T. Afrontamiento. En: *El malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba, 2002. p. 45-59.

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos 1º* .Revisión Barcelona: Ediciones Martínez Roca

Long, M., Mariod, J., & Rimachi López, M. V. (2016). *Funcionalidad familiar y autoestima relacionado con la ideación suicida en estudiantes del cuarto y quinto de secundaria de la Institución Educativa Generalísimo José de San Martín*. Punchana 2016

McIntosh J. et al. (1994). *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, D.C; American Psychological Association.

Mengual, E. y Izeddin, D. (2012). *Suicidios, la Epidemia del Siglo XXI*. EL Edit Mundo.

Miranda, I., Cubillas, M., Román, R y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.

Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación Suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas alcohol. *Salud Mental*. 21(5) 20-27.

Moscicki, E. (1995). *Epidemiology of Suicidal Behavior*. *Suicide Life Threat Behavior*; 25(1), 22-35 Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Médicos Generalistas, 2000. Ginebra, Suiza. Recuperadode: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe sobre la salud en el mundo* Ginebra, Suiza. Recuperado por <http://www.who.int/whr/2004/es/>

Organización Mundial de la Salud (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible*, según la OMS. En World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2009) *Prevención del suicidio un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea*, Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_responders_spanish.pdf.

Omar, A. (1995). *Stress y coping*. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Buenos Aires: Lumen.

Paz, R. (2013) *Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes*. Editorial Valente. En MINSA. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>

Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15(2), 196-217.

Quiceno, J., Barrera, A., Latorre, R., Molina, D., & Zubileta, F. (2012). *Resiliencia, felicidad, depresión, afrontamiento del estrés e ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos*. (Tesis para especialización en

intervención psicológica en situaciones). Colombia, Universidad de San Buena Aventura.

Quintanilla, R. Q., Figueroa, I. V., Abundiz, S. V., & de Mendoza, J. M. G. (2005). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida*. Investigación en Salud, 7(2), 112-116.

Ramos, O., Guzman, N., Hinojosa, Ch. & Motta, R. (2012). Patologías causante de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins–EsSalud. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 1; 37–43.

Red Asistencial Ancash – EsSalud Hospital III (2016) Informe Anual – 2015. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>

Rojas, I. & Saavedra, J. (2006). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. *Rev Neuropsiquiatria* 77 (4); 250 – 261.

Ribes, E., y López, F. (1985). *Teoría de la Conducta*. Un análisis de campo y paramétrico. México: Trillas.

Serrano, M., y Flores, M. (2005) Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, (15)2, 221-230.

Serrano, M. & Flores, M. (2014). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15(2), 221-230.

Selye H. 1956. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Co

Suk, E., Vanmill, J., Vermeiren, R., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Doreleijers, T. y Deboutte, D. (2009). Adolescent suicidal ideation: a comparison of incarcerated and school-based samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 377- 383.doi 10.1007/s00787-009-0740-1.

Valladolid, M. N. (2011, April). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2),81–85.Recuperadode:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) (2012). *Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC: HHS, September 2012.

Vargas, H., Saavedra, J. (2012) *Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes*. Recuperado de:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>

Vianchá, M. A., Bahamón, M. L., & Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 112-123.

Vírseda, J., Amado, G., Bonilla, M. & Gurrola, Gl. (2011). Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología.com*, 15; 16.

Villalobos, F. (2009) *Ideación Suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Granada, Granada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>

World Health Organization (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva, Suiza.

World Health Organization (2012) *Estadísticas sanitarias mundiales* . En *World Health Organization*. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.

Zúñiga, G (2010) *Intentos de suicidios se halla dentro de los tres principales causales de muerte a nivel mundial*. Recuperado de <http://www.huarmeyperu.com/portada/mas-del-30-de-chimbotanos-ha-pensado-alguna-vez-en-suicidarse/>

ANEXOS

ESCALAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS)

ACS Forma específica

Instrucciones

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. ¿Cuál es la preocupación principal en tu vida? Describe brevemente en la zona indicada en la Hoja de respuestas tu preocupación principal.

En este Cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la personas de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte al problema o dificultad concreta que acabas de describir. En cada afirmación debes marcar en el hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago A

Me ocurre o lo hago raras veces B

Me ocurre o lo hago algunas veces C

Me ocurre o lo hago a menudo D

Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia E

Por ejemplo, si algunas veces te enfrentas a tus problemas mediante la acción de “Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema”, deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos haría si tuviesen el mismo problema.....A B **C** D E

| | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hablar con los otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema. | | | | | |
| 2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. | | | | | |
| 3. Seguir con mis tareas como es debido. | | | | | |
| 4. Preocuparme por mi futuro. | | | | | |
| 5. Reunirme con mis amigos. | | | | | |
| 6. Producir una buena impresión en las personas que me importan. | | | | | |
| 7. Esperar que ocurra algo mejor. | | | | | |
| 8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada. | | | | | |
| 9. Llorar o gritar. | | | | | |
| 10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema. | | | | | |
| 11. Ignorar el problema. | | | | | |
| 12. Criticarme a mí mismo | | | | | |
| 13. Guardar mis sentimientos para mí solo. | | | | | |
| 14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas. | | | | | |
| 15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves. | | | | | |
| 16. Pedir consejo a una persona competente. | | | | | |
| 17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical , ver la televisión. | | | | | |
| 18. Hacer deporte. | | | | | |
| 19. hablar con otros para apoyarnos mutuamente. | | | | | |
| 20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. | | | | | |
| 21. Asistir a clase con regularidad. | | | | | |
| 22. Preocuparme por mi felicidad. | | | | | |
| 23. Llamar a un amigo íntimo. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 24. Preocuparme por mis relaciones con los demás. | | | | | |
| 25. Desear que suceda un milagro. | | | | | |
| 26. Simplemente, me doy por vencido. | | | | | |
| 27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos). | | | | | |
| 28. Organizar un grupo que se ocupe del problema. | | | | | |
| 29. Ignorar conscientemente el problema. | | | | | |
| 30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas. | | | | | |
| 31. Evitar estar con la gente. | | | | | |
| 32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva. | | | | | |
| 33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas. | | | | | |
| 34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional. | | | | | |
| 35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades. | | | | | |
| 36. Mantenerme en forma y con buena salud. | | | | | |
| 37. Buscar ánimo en otros. | | | | | |
| 38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta. | | | | | |
| 39. Trabajar intensamente. | | | | | |
| 40. Preocuparme por lo que está pasando. | | | | | |
| 41. Empezar una relación personal estable. | | | | | |
| 42. Tratar de adaptarme a mis amigos. | | | | | |
| 43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo. | | | | | |
| 44. Me pongo malo. | | | | | |
| 45. Trasladar mis frustraciones a otros. | | | | | |
| 46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema. | | | | | |
| 47. Borrar el problema de mi mente. | | | | | |
| 48. Sentirme culpable. | | | | | |
| 49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa. | | | | | |
| 50. Leer un libro sagrado o de religión. | | | | | |
| 51. Tratar de tener una visión alegre de la vida. | | | | | |
| 52. Pedir ayuda a un profesional. | | | | | |
| 53. Buscar tiempo para actividades de ocio. | | | | | |
| 54. Ir al gimnasio a hacer ejercicios. | | | | | |
| 55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él. | | | | | |
| 56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué. | | | | | |
| 57. Triunfar en lo que estoy haciendo. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir. | | | | | |
| 59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica. | | | | | |
| 60. Mejorar mi relación personal con los demás. | | | | | |
| 61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando. | | | | | |
| 62. No tengo forma de afrontar la situación. | | | | | |
| 63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo. | | | | | |
| 64. Unirme a gente que tiene el mismo problema. | | | | | |
| 65. Aislarme del problema para poder evitarlo. | | | | | |
| 66. Considerarme culpable. | | | | | |
| 67. No dejar que otros sepan cómo me siento. | | | | | |
| 68. Pedir a Dios que cuide de mí. | | | | | |
| 69. Estar contento de cómo van las cosas. | | | | | |
| 70. Hablar del tema con personas competentes. | | | | | |
| 71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos. | | | | | |
| 72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema. | | | | | |
| 73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir. | | | | | |
| 74. Inquietarme por el futuro del mundo. | | | | | |
| 75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir. | | | | | |
| 76. Hacer lo que quieren mis amigos. | | | | | |
| 77. imaginar que las cosas va a ir mejor. | | | | | |
| 78. Sufro dolores de cabeza o de estómago. | | | | | |
| 79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas. | | | | | |

CUESTIONARIO-IBS

Fecha:..... **Edad:** _____ **Sexo:** _____

Grado Y SECCIÓN: _____

La relación con sus padres es :

a.-Muy buena b.-Buena C.-Regular d.- Mala E.-Muy mala

La relación con sus amigos es :

a.-Muy buena b.-Buena C.-Regular d.- Mala E.-Muy mala

La relación con su pareja es :

a.-Muy buena b.-Buena C.-Regular d.- Mala E.-Muy mala

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, en donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo al que más se acerque a tu deseo, actitud o pensamiento frente a los enunciados planeados. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

I. CARACTERISTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseo de vivir.

☐ Moderado a intenso ☐ Débil ☐ Ninguno

2. Deseo de morir.

☐ Moderado a intenso ☐ Débil ☐ Ninguno

3. Razones para vivir / morir.

☐ Las razones para vivir son superiores a las de morir
☐ Iguales
☐ Las razones para morir son superiores a las de vivir

4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

☐ Moderado a intenso ☐ Débil ☐ Ninguno

5. Intento pasivo de suicidio.

☐ Tomaría precauciones para salvar su vida
☐ Dejaría su vida / muerte en manos del azar (Ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
☐ Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (Ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS

6. Dimensión temporal: Duración.

☐ Breve, periodos pasajeros
☐ Periodos más largos
☐ Continuo (crónico), o casi continuo

7. Dimensión temporal: Frecuencia.

☐ Rara, ocasional ☐ Intermitente ☐ Persistente o Continuo

8. Actitud hacia el pensamiento / deseo.

☐ Rechazo ☐ Ambivalencia, indiferencia ☐ Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- ☐ Tiene sensación de control
- ☐ No tiene seguridad de control
- ☐ No tiene sensación de control

10. Porqué no lo harías. (Ej. Familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- ☐ No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- ☐ Los factores disuasorios tienen cierta influencia
- ☐ Influencia mínima o nula de los factores disuasorios.

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

.....

11. Razones del proyecto de intento.

- ☐ Manipular el medio, atraer atención, venganza.
- ☐ Combinación de ambos.
- ☐ Escapar, acabar, resolver problemas.

III. CARACTERISTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO

12. Método: Especificación /planes.

- ☐ No los ha considerado
- ☐ Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- ☐ Los detalles están especificados / bien formulados

13. Método: Accesibilidad / oportunidad.

- ☐ Método no disponible; no hay oportunidad
- ☐ El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- ☐ Método y oportunidad accesible
- ☐ Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- ☐ No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- ☐ Inseguro de su coraje, competencia
- ☐ Seguro de su competencia, coraje

15. Expectativas / anticipación de un intento real.

- ☐ No
- ☐ Si
- ☐ Incierto, no seguro

IV. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO

16. Preparación real.

- ☐ Ninguna
- ☐ Parcial (Ej. Empezar a recoger píldoras)
- ☐ Completa (Ej. Tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17. Notas acerca del suicidio.

- ☐ No escribió ninguna nota
- ☐ Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- ☐ Completada

18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (Ej. Escribir una carta de despedida a mis familiares y /o amigos, donaciones)

- ☐ Ninguno
- ☐ Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- ☐ Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19. Contarías a los demás la idea de quitarte la vida.

- ☐ Lo contarías abiertamente
- ☐ Me negaría a contarlo
- ☐ Mentiría el haberlo pensado

V. FACTORES DE FONDO

20. Intentos previos de suicidio.

- ☐ Ninguno
- ☐ Uno
- ☐ Más de uno

21. Intención de morir asociada al último intento.

- ☐ Baja
- ☐ Alta
- ☐ Moderada, ambivalente, insegura

